35

Die Krankheitsbewegungen

in der

chirurgischen Poliklinik

zu Würzburg

vom 1. Januar 1887 bis 31. Dezember 1888.

Inaugural-Dissertation

verfasst und der

Hohen Medicinischen Facultät

der

Königl. bayer. Julius-Maximilians-Universität Würzburg

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der

Medicin, Chirurgie und Geburtshülfe

vorgelegt von

Paul Stahn

approb. Arzt aus Beuthen (O.-S.)

WÜRZBURG

C. Bieler's Buchdruckerei („Landeszeitung").

1889.

9

Referent:

Herr Hofrat Professor Dr. *Schönborn.*

Seiner teuren Mutter

in Liebe und Dankbarkeit

gewidmet

vom Verfasser.

Die chirurgische Poliklinik zu Würzburg, die im Jahre 1886 begründet wurde, erwarb sich in der kurzen Zeit ihres Bestehens in hohem Masse das Zutrauen der ärmeren Bevölkerung Würzburgs und Unterfrankens. Dies beweist vor allem der immer mehr steigende Zudrang zu diesem Institut. Während im ersten der beiden Beobachtungsjahre 1887 und 1888 etwa 1400 Patienten behandelt wurden, zeigt das Journal des zweiten Jahres fast die doppelte Zahl von Krankheitsfällen an, gewiss ein sicheres Zeichen des wachsenden Vertrauens der Patienten.

In der That kann auch das Institut trotz der geringen ihm zu Gebote stehenden Mittel mit den erzielten Erfolgen sehr zufriedeu sein. Besonders auf dem Gebiete der Wundbehandlung, welches doch vorwiegend bei einer chirurgischen Poliklinik in Betracht kommt, waren die Resultate ausgezeichnet, indem niemals eine weitergreifende Entzündung, wie Phlegmone, Sehnenscheiden-Entzündung etc. nach poliklinischer Behandlung beobachtet wurde, sondern durchgängig vollständige Heilungen erzielt wurden. Indem ich die Einzelnheiten bei den einzelnen Verletzungen besprechen will, möchte ich hier nur im Allgemeinen folgendes erwähnen:

Als Antisepticum wurde in der Poliklinfk einzig und allein Sublimat in einer Lösung von 1:1000

mit Zusatz von Chlor-Natrium zur bessern Lösung angewendet, weil es vor den andern Antisepticis einmal den Vorteil der grösseren Billigkeit, dann aber auch der besseren Verwendbarkeit und sicheren Erfolges voraus hat. Das immerwährende Hantiren in Carbolwasser würde bei den Behandelnden auch zu sehr störenden Eczemen Veranlassung geben, daher wird Carbolsäure nur zur Desinfection der Instrumente, welche Sublimat angreifen würde, verwendet.

Die Wunden und die Umgebung der Wunden werden zuerst auf das sorgfältigste mit Seife und Bürste gereinigt, etwaige Fette durch Abwaschen und Abreiben mit Aether entfernt, dann von allen Gerinnseln und abgestorbenen Gewebsfetzen gesäubert, etwaige Eiterherde eröffnet und entleert, sodann mit in Sublimatlösung getauchten Gazefleckchen bedeckt, etwas Guttaperchapapier darüber gelegt und dann ein festsitzender Verband, welcher zugleich das betreffende Glied ruhig stellt, angelegt. Bei tieferen Wunden, bei denen ein vorzeitiges Verkleben der Wundränder und damit Stagnation der Wundsecrete zu befürchten ist, wird zwischen die Wundränder ein Eckchen der angefeuchteten Sublimatgaze eingelegt, ebenso wurde bei grösseren Abscesswunden, besonders tuberculöser Natur, ein mit Sublimat angefeuchteter und so antiseptisch gemachter Jodoformtampon in die Wundhöhle eingeführt und dann erst der Verband angelegt. In gleicher Weise wurde bei der Nachbehandlung verfahren, indem in der ersten Zeit täglich, später 2—3mal die Woche der Verband gewechselt wurde bis zum vollständigen

Schluss der Wunde. Die Erfolge bei dieser Behandlungsweise waren durchaus befriedigende. Sehr häufig musste bei grösseren oder sehr schmerzhaften Eingriffen auch die Chloroform-Narkose angewendet werden. Die locale Anästhesie mit Cocainum-muriaticum subcutan injicirt, wurde nur sehr selten, so einmal bei der Operation eines eingewachsenen Nagels angewendet.

Indem ich mich nun zu meinem Berichte über die Krankheitsbewegungen in der Poliklinik wende, muss ich bemerken, dass die Zusammenstellungen über Zahl und Art der Krankheitsfälle ganz dem poliklinischen Journal entnommen sind, während ich mich über die Behandlungsweise, welche in der hiesigen Poliklinik geübt wird, durch ein längeres Studium zu unterrichten gesucht habe.

In der Einteilung der Krankheitsgruppen habe ich mich im Grossen und Ganzen an die Arbeit von *Krönlein* „Bericht über die *v. Langenbeck*'sche Poliklinik vom 1. Mai 1875 bis 31. Juli 1876“ gehalten. Ich glaubte aber die von *Krönlein* gemachten Haupt-Abteilungen Syphilis und Rhachitis fallen lassen zu müssen, da in der Würzburger Klinik nur eine geringe Anzahl dieser Patienten behandelt wurde. Dagegen tritt die Tuberculose gerade hier in so grosser Zahl nnd Mannigfaltigkeit auf, dass ich glaubte, sie in einem Hauptabschnitt behandeln zu müssen.

Allgemeine Uebersicht über das poliklinische Material.

	Vom 1. I. 1887 bis 31. XII. 1887	Vom 1. I. 1888 bis 31. XII. 1888	Summa
A) Verletzungen:	434	808	1242
B) Acute u. chron. Entzündungen: (mit Ausnahme der tuberkul. u. syphilit. Erkrankungen)	445	906	1351
C) Geschwülste:	87	169	256
D) Tuberculose u.	122	251	373
Syphilis:	16	43	59
E) Congenitale und erworbene Missbildungen, Defecte u. Verkrümmungen	79	188	267
F) Zahnkranke:	115	231	346
G) Verschiedenes:	107	195	302
Summa	1405	2791	4196

A) Verletzungen.

Naturgemäss nehmen bei einem poliklinischen Berichte die Verletzungen an Zahl der Fälle eine hervorragende Stelle ein und so finden wir sie auch hier in der grössten Menge und Mannigfaltigkeit von der einfachen Schnittwunde bis zur schweren Knochenverletzung verzeichnet.

Die Maschinen der gewerblichen Industrie fordern immer trotz aller Vorsichts-Massregeln ihre Opfer und die Unachtsamkeit bei Handhabung schneidender Instrumente sowie von Schusswaffen bringt vielfache Gefahren.

Ich habe zunächst die Verletzungen nach den verschiedenen Körperteilen zusammengestellt und will dann die einzelnen Gruppen gesondert hinsichtlich ihrer Verschiedenheit und ihrer Behandlungsweise besprechen.

A) Verletzungen.

	Kopf und Gesicht		Hals		Rumpf		Ober- und Unterarm		Hand		Ob.- u. Unterschenkel		Fuss	
	1887	1888	1887	1888	1887	1888	1887	1888	1887	1888	1887	1888	1887	1888
Wunden der Haut- und Weichteile	27	38	—	—	2	5	11	14	186	307	6	29	3	21
Verbrennungen und Erfrierungen	—	—	—	—	—	—	1	1	18	52	—	1	14	13
Contusionen und Distorsionen	31	53	1	—	6	12	18	22	14	28	13	23	19	25
Subcutane Fracturen	3	5	—	—	3	11	16	42	2	14	7	20	4	10
Luxationen	—	1	—	—	—	—	11	13	—	—	—	4	—	1
Eingedrungene Fremdkörper	4	8	—	—	—	—	—	—	5	18	—	—	—	1
Thierbisse etc.	—	—	—	—	—	—	—	—	3	16	—	—	—	—
Summa	65	105	1	—	11	28	57	92	228	435	26	77	40	71

also im Jahre 1887 = 428
„ „ 1888 = 808
zusammen 1236.

A) I. Wunden der Weichteile und der Haut (mit Einschluss der complicirten Fracturen).

Bei der grossen Menge und Mannigfaltigkeit der Verletzungen ist es natürlich nicht möglich, jeden einzelnen Fall genauer zu besprechen. Im Allgemeinen ist etwa folgendes darüber zu sagen.

Die Verletzungen am Kopfe waren zumeist, teils bis auf das Periost, teils bis auf den Knochen dringende Wunden der Kopfschwarte. In mehreren Fällen kam es vor, dass die Patienten schon von einem Bader etc. verbunden oder sogar genäht waren In solchen Fällen wurde, wenn die Wunde schon geschlossen und keine Entzündungs-Erscheinungen vorhanden waren, die Wunde selbst und ihre Umgebung auf's sorgfältigste gereinigt und mit Sublimatgaze verbunden. Eiterte aber die Wunde oder zeigte sie sich irgendwie verunreinigt, so wurden die Verklebungen der Wundränder gelöst und die ganze Wunde blosgelegt, von allen Sekreten und Unreinlichkeiten gesäubert und dann mit in Sublimatlösung getauchter Gaze bedeckt und dann verbunden, wenn nöthig, wurde auch durch Einlegen eines Drainrohres dem Sekrete Abfluss verschafft.

Die Verletzungen an den Händen und Fingern waren zumeist Quetschwunden durch Maschinen etc., dann Schnitt- und Risswunden, seltner Stichwunden. Schussverletzungen kamen im Jahre 1887 nur 5, im Jahre 1888 nur 4 zur Behandlung. Sie betrafen nur Verletzungen der Finger durch Revolverkugeln und waren die Projektile entweder schon ausgetreten oder liessen sich doch leicht entfernen.

Die Wunden an den Extremitäten kamen oft in sehr verunreinigtem Zustande in Behandlung, und bestand demnach die Hauptaufgabe darin, dieselben gründlich mit Seife und Bürste zu waschen und mit Aether die Fette zu entfernen und dann mit Sublimatlösung zu desinficiren, im übrigen wurden sie wie oben angegeben behandelt. Weun die Wunden stark granulirten, so wurden die Granulationen durch Belegen mit Höllensteinsalbe beschränkt und die Benarbung zu beschleunigen gesucht. Später wurden die jungen Narben durch ein aufgelegtes Cerussapflaster gegen äussere Insulte geschützt.

Unterbindungen grösserer Arterienstämme wurden in der Poliklinik nicht gemacht, da derartige Verletzungen sofort in die klinische Behandlung übertraten, nur in einem Falle bei einer Stichverletzung (Jahrgang 1887 J. N. 84) wurde ein Stück der Art. radialis, welche verletzt war, in der Poliklinik excidirt.

Die Sehnennaht wurde überall da, wo sich die Schnenstümpfe leicht erreichen liessen, angewendet. Als Beispiel für die Behandlung derartiger Fälle erwähne ich folgenden:

Jahrgang 1888 J. N. 2294: Ant. Gilch, 32 Jahr alt, Heizer. Patient ist auf einen Masskrug gefallen und hat sich dabei die linke Hand verletzt.

St. präs.: Längs über den Rücken der 1. und 2. Phalanx des kleinen Fingers verläuft eine $^1/_2$ cm klaffende, schräg die Haut durchtrennende Wunde, innerhalb derselben sind 2 Unterbindungen sichtbar. Der kleine Finger steht in starker Flexionsstellung und kann nicht gestreckt werden.

Hält man die Wundränder auseinander, so zeigt sich die Strecksehne blossliegend und in der Höhe des Gelenkes zwischen 1 und 2 Phalanx quer durchtrennt. Ausserdem erweist sich das Gelenk eröffnet.

Die Wunde wird gut desinficirt, die durchtrennte Sehne vermittelst der Naht vereinigt und eine Gypshanfschiene angelegt.

Nach Verlauf von vier Wochen stellt sich das Aussehen folgendermassen: Der l. kleine Finger ist an der der Verletzung früher entsprechenden Stelle leicht geschwollen und wird im 1. Interphalangealgelenk in einem Winkel von 130^0 gebeugt gehalten. Bewegungen in diesem Gelenk für active Bewegungen nur in geringem Grade möglich, passive Bewegungen ausgiebiger, aber doch etwas schmerzhaft. Haut mit der Extensorensehne nicht verwachsen.

Als Erfolg ist hervorzuheben, dass bei den Verletzungen der Hände und Finger, sowie der Füsse und Zehen niemals eine weitergreifende Entzündung, wie Phlegmone, Sehnenscheiden-Entzündung etc. beobachtet wurde.

Zu den Verletzungen der Weichteile habe ich auch die complicirten Frakturen der Knochen gerechnet. Die compl. Brüche der grösseren Knochen wurden ohne Ausnahme sogleich in die Klinik aufgenommen, während offene Brüche der Phalangen der Finger und Zehen poliklinisch behandelt wurden. Hier ist folgender Fall zu erwähnen, aus dem zugleich die bei solchen Verletzungen eingeschlagene Heilmethode ersichtlich wird.

Jahrgang 1888 J. N. 2367: Kaspar Kummert, 38 Jahre alt, Taglöhner. Patient wurde durch einen umfallenden Karren verletzt.

St. präs.: Der linke Zeigefinger mehrfach gequetscht. An dem ulnaren Rand desselben ein Lappen von Markstückgrösse so von der Basis gelöst, dass er nur an einer 3 mm breiten Brücke hängt; er erscheint gangraenös und wird daher sogleich abgetragen. Ein kleiner Hautlappen scheint noch lebensfähig. Die Extensoren- und Flexorensehnen liegen in der Wunde blos. Der Knochen der ersten Phalanx ist ganz zerschmettert. Einzelne Splitter wurden entfernt, die Wunde gut desinficirt, der Hautlappen durch einige Nähte fixirt und ein fester Verband mit Gypshanfschiene angelegt. Patient wurde hierauf einige Zeit im Spital behandelt. Nach etwa zwei Monaten zeigt sich folgendes Resultat:

An der Dorsalseite des mässig geschwollenen l. Zeigefingers befindet sich am ulnaren Rande ein 20 Pfg. grosses Ulcus, auf dessen Grund necrotisches Bindegewebe blosliegt. An der Stelle der Fraktur besteht ein geringes Federn. Die erste Phalanx zeigt eine leichte Knickung mit ulnarwärts offenem Winkel. Beugung zwischen 1. und 2. Phalanx beschränkt. Nach weitern 2 Monaten: Fistel ist geschlossen. Bewegung im Interphalangealgelenk des Zeigefingers beschränkt. Auf der Frakturstelle keine Empfindlichkeit mehr vorhanden.

A) II. Verbrennungen und Erfrierungen.

Im Ganzen kamen in den beiden Beobachtungsjahren 58 Verbrennungen und 42 Erfrierungen zur Behandlung Die in der Poliklinik behandelten Fälle waren meist 1. oder 2. Grades und von geringer Ausdehnung, da die schweren Fälle sogleich in das

Spital aufgenommen wurden. Bei den Verbrennungen wurde die abgehobene Epidermis in ihrer ganzen Ausdehnung abgetragen und dann die blosliegende Fläche mit einem Borsalben-Verbande umwickelt. Dieser wurde am nächsten Tage gewechselt, später aber immer erst nach einem Zwischenraume von mehreren Tagen. Bei der Nachbehandlung wurde aufs sorgfältigste darauf geachtet, dem Zuge der sich bildenden Narbe entgegenzuarbeiten, was man durch Fixation des betreffenden Gliedes in entgegengesetzter Richtung erreichte.

Die Erfrierungen, meist leichte Fälle, wurden teils mit Borsalbe und Watteverbänden, teils auch durch Jodbepinselung behandelt.

Sehr häufig wurden auch Patienten mit alten Erfrierungen behandelt, welche bei neueintretendem Froste wieder geschwollene oder ulcerirte Finger oder Zehen bekamen. Im ersten Falle verordnete man meist *Priessnitz*'sche Umschläge mit Borwasser, in letzterem wurden die ulcerirten Stellen mit Höllensteinsalbe erfolgreich behandelt.

A) III. Contusionen und Distorsionen.

Die Contusionen verteilen sich auf die einzelnen Körperteile folgendermassen:

	1887	1888
1) Kopf und Stirn	31	53
2) Wirbelsäule	7	12
3) Obere Extremität (Ellenbogengelenk)	18	22
4) Hand und Finger	7	16
5) Untere Extremität (Kniegelenk)	13	23
6) Fuss	5	10
Summa	81	136

Die Distorsionen betrafen zumeist das Hand- und Fussgelenk. Distorsionen im Ganzen 49.

	1887	1888
1) Kniegelenk	—	1
2) Handgelenk	7	10
3) Fingergelenke	—	2
4) Fussgelenk	14	15
Summa	21	28

Die Contusionen waren meist leichte Verletzungen, welche durch vollständige Ruhestellung des Gliedes behandelt wurden; zur Anregung der Resorption des Exsudats wurden *Priessnitz*'sche Umschläge verordnet.

Auch bei den Distorsionen bestand die Behandlung in Immobilisation des betreffenden Gelenkes, meistenteils durch Gypshanfschienen, mitunter auch durch Wasserglasverbände. In denjenigen Fällen, wo erhebliche Schwellung und Schmerzhaftigkeit im Gelenk bestand, wurden zunächst hydropathische Umschläge neben völliger Ruhelage angewendet und erst nach der Anschwellung ein fester Verband angelegt.

A) IV. Subcutane Fracturen.

Wie schon in der Einleitung zu dieser Arbeit bemerkt, wurden gerade die Fracturen und Luxationen zumeist in der Klinik selbst behandelt und fiel hauptsächlich die Nachbehandlung der Poliklinik zu. Jedoch wurden auch eine grössere Zahl von Fracturen solcher Art, welche in dem Semester schon öfters besprochen waren, rein poliklinisch behandelt.

In dem poliklinischen Journal sind im Ganzen 137 Fälle von Fracturen verzeichnet, welche sich folgendermassen auf die einzelnen Knochen verteilen:

	1887	1888
1) Kopf (Basisfractur)	1	2
2) Gesichtsknochen (Maxil. inf.)	2	3
3) Wirbelsäule	—	1
4) Rippen	3	10
5) Scapula	—	1
6) Clavicula	4	12
7) Humerus	3	11
8) Radius et Ulna	3	4
9) Ulna	1	—
10) Radius (loco classic.)	5	14
11) Metacarpus	—	5
12) Phalangis manus	2	9
13) Pelvis	—	1
14) Femur	1	7
15) Patella	—	1
16) Crus	6	11
17) Malleoli	2	7
18) Phalangis pedis	2	3
Summa	35	102
zusammen	137	

Ueber die einzelnen Frakturen und ihre Behandlungsweise lässt sich etwa folgendes bemerken:

Von den Frakturen mussten diejenigen, welche sich zu einer ambulanten Behandlung nicht eigneten, ausgeschieden bleiben, so dass eigentlich nur Frakturen im Bereiche der oberen Extremität in Behandlung der Poliklinik verbleiben konnten.

Die Brüche der Clavicula wurden teils mit dem *Desault*'schen Verbande, teils und zwar in letzterer Zeit immer mit dem Heftpflaster-Verbande nach *Sayre* behandelt.

Ueber die Behandlung der Brüche an den Röhrenknochen ist im Allgemeinen zu sagen, dass fast durchgängig der Gypshanfschiene der Vorzug vor dem circulären Gypsverband gegeben wurde und hat sich diese Methode auch wiederum in hiesiger Poliklinik ausserordentlich gut bewährt. Wenn auch die gute Anlegung einer Gypshanfschiene eine grosse Geduld und Ausdauer sowie Aufmerksamkeit von Seiten des Behandelnden erfordert, so ist doch der Vorteil der leichten Kontrolle, der Heilung für den Patienten ein so grosser, dass man gern auch eine zweite Schiene herstellt, wenn die erste, wie es bei unruhigen Patienten wohl mitunter vorkommt, nicht ganz gelingt oder gar zerbricht. Am schwierigsten scheint mir die Anlegung einer Gypshanfschiene bei der typischen Radiusfraktur zu sein, weil hier eine ganz genaue Correktion der Dislocation für die Funktionen der Hand so ungemein wichtig ist und die Erhaltung der Extremität in der richtigen Lage bis zum Erhärten des Gypses die grösste Aufmerksamkeit erfordert. Bei verständigen Patienten kann man sich die Adaptirung der Fragmente dadurch erleichtern, dass man die Handwurzel auf ein Rollkissen legt und über diese Rolle hinweg nach Art eines Pistolengriffes die Hand in eine abducirte und flectirte Stellung bringt, so weit, dass gerade der Proc. Styloideus ulnae nicht mehr als normal hervorspringt. In dieser Lage kann nun die Hand und der Arm leicht erhalten werden und kann man dann mit Sicherheit die dorsale Gypshanfschiene vom Metacarpophalangealgelenk bis zum Ellenbogengelenk anlegen und erhärten lassen.

Die Brüche der kleinen Röhrenknochen, der Phalangen der Finger und Zehen wurden teilweise auch durch Gypshanfschienen behandelt, teils benützt man auch kleinere Holzschienen, zur Fixirung der betreffenden Gliedmassen.

A) V. Luxationen.

Was in Betreff der Aufnahme der grösseren Knochenbrüche in die Klinik gesagt worden ist, gilt auch für die Luxationen, indem nämlich fast nur die Luxationen an der oberen Extremität, die sich ambulant behandeln liessen, in der Poliklinik selbst behandelt wurden. Die 30 Luxationen vertheilen sich folgendermassen auf die verschiedenen Gelenke:

	1887	1888
Unterkiefergelenk	—	1
Schultergelenk	5	8
Ellenbogengelenk	6	5
Hüftgelenk	—	4
Kniegelenk	—	1
Summa	11	19

Die Luxation des Unterkiefers (J. N. 1391) wurde ohne Schwierigkeit reponirt und mit einer einfachen Kinnbinde behandelt. Von den Luxationen im Schultergelenk ist eine L. axillaris erwähnenswert.

Jahrgang 1888 J. N. 2015: Georg Schenk, 23 Jahr alt, Häcker. Patient fiel beim Pflücken von Früchten von einer Höhe von ca. 4 Meter auf die linke Schulter. Pat. nicht bewusstlos. Pat. nicht im Stande den linken Arm zu bewegen.

Der l. Arm wird in Abductionsstellung gehalten, von der r. Hand unterstützt. Axe des Oberarm-

knochens schiesst an der Innenseite der Gelenkpfanne vorbei. Die l. Schulter etwas abgeflacht. Acromion springt vor. Gelenkpfanne ist leer. Kopf steht nicht unter proc. coracoideus sondern tiefer hinten zwischen scapula und Thorax.

Reposition gelingt in der Narcose nach *Kocher*. Nach 4 Tagen ist Patient schmerzfrei und wird mit einer Mitella entlassen.

Von den Luxationen im Ellenbogengelenk ist folgende zu erwähnen:

Jahrgang 1888 J. N. 2747: Michael Kosch, 38 Jahr alt, Bauer, rutschte beim Gehen aus und fiel auf den l. Arm.

Pat. lässt den linken Arm etwas herabhängen. Vorderarm hängt schlaff herab, ist im Ellenbogengelenk leicht flektirt, Adifformität daselbst sichtbar. Das Olecranon und die Tricepssehne springen stark nach hinten vor und zu beiden Seiten zeigen sich tiefe Furchen.

Auf der radialen Seite fühlt man die Gelenkfacette des Radiuskopfes.

Die Axe des Vorderarmes weicht in ihrer Verlängerung von der des Oberarmes ab. Das Gelenk-Ende des Humerus tritt als Wulst in der Gelenkbeuge hervor.

Einrichtung gelingt ohne Narcose ohne Schwierigkeit, Patient nach 4 Wochen wieder vollständig arbeitsfähig.

Zu erwähnen dürfte ferner noch eine Luxatio genus congenita resp. bei der Geburt erworbene sein.

Jahrgang 1888 J. N. 1848. Margar. Häussner, 1 Tag alt. Das linke Bein zeigt im Kniegelenk eine

starke Abknickung nach vorn, indem der Unterschenkel auf den Condylen des femur mehr nach oben rückt, während die letztern hinten deutlich vorspringen. Mit einiger Mühe gelingt die Reposition bis zu einer Flexionsstellung von 160°. Weitere Flexionsstellung unmöglich. Patella bleibt selbst nach Reposition etwas höher als normal stehen. Bei völliger Gradstellung ist das linke Bein kürzer als das rechte und zwar steht der Trochanter rechts tiefer als linhs.

Man fühlt den Schenkelkopf bei Bewegungen anscheinend aus der Pfanne nach vorn und oben gerückt. Muskeln der Hinterfläche des Oberschenkels und der M. glutaei stark atrophisch, während M. puadrieps normal entwickelt.

A) VI. Fremdkörper, welche teils durch die natürlichen Höhlen resp Oeffnungen des Körpers. teils durch die Haut eingedrungen waren.

Die ersteren bestanden zumeist in Bohnen, Uhrschlüsseln, Nägeln, Pfennigen, die aus Spielerei oder Unvorsichtigkeit in den Mund oder Nase gesteckt wurden. Die letzteren waren zumeist Nägel, Nadelspitzen, Holzsplitter, Stahlfedern, welche in den Fuss eingetreten wurden. Die Fremdkörper wurden natürlich möglichst schnell entfernt, teils durch Nasen- und Ohrendouchen, teils mit Instrumenten. Die eingetretenen Splitter wurden herausgezogen und scheute man sich auch nicht, wenn nothwendig, eine kleine Incision zu machen, um den Fremdkörper zu entfernen.

Hier dürfte folgender Fall zu erwähnen sein:

Jahrgang 1888 J. N. 1614: Maria Felb, Bahnwärtersfrau.

Pat. fiel vor einer Woche in einen Holzstoss und klagte seit dieser Zeit über Schmerzen im Kniegelenk. An der Aussenseite des Kniegelenks, 2 cm über dem Gelenkspalt, ist eine Fistelöffnung, durch welche die Sonde 3 cm in die Höhe dringt und aus welcher sich auf Druck etwas Eiter entleert. Fremd-Körper nicht zu fühlen.

Indem man unter *Esmarch*'scher Blutleere die Fistel erweitert, stösst man auf ein Stückchen Holz nebst Rinde, welches extrahirt wird, Tamponade mit etwas Jodoformgaze und antiseptischer Verband. Nach kurzer Zeit erfolgte Heilung.

A) VII. Verletzugen durch Thierbisse.

Von diesen Verletzungen ist der Merkwürdigkeit wegen zu erwähnen, dass ein 16jähriges Mädchen (Jahrgang 1887 J. N. 729 durch Rattenbisse einen Teil der Nasenknorpel verlor. Die Bisswunden wurden ebenso wie die gewöhnlichen Wunden behandelt; als Desinficirung wurde immer Sublimat benützt.

In 5 Fällen kamen auch Schwellungen der Hand und des Vorderarmes nach Insektenstichen zur Behandlung, dieselben wurden bald durch Hochlagerung der Extremität und *Priessnitz*'sche Umschläge geheilt.

B) Acute und chronische Entzündungen (mit Ausnahme der tuberkulösen und syphilitischen Erkrankungen.)

Allgemeine Uebersicht.

	1887	1888
I. Haut und Weichteile	321	671
II. Sehnen und Fascien	15	27
III. Knochen (Ostitis, Periostitis, Osteomyelitis, Caries	21	36
IV. Gelenke (sowie die Folgeerscheinungen, Ankylosen etc. und Entzündung der Schleimbeutel)	43	80
V. Schleimhäute	31	72
VI. Brustorgane (Mastitis)	7	4
VII. Geschlechts- und Harnorgane	6	8
VIII. Haemorrhoidalknoten	1	8
	445	906

Summa 1351.

B) I. Entzündungen der Haut und der Weichteile.

	Kopf		Hals		Brust		Bauch		Arm		Hand		Bein		Fuss	
	1887	1888	1887	1888	1887	1888	1887	1888	1887	1888	1887	1888	1887	1888	1887	1888
Panaritium	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	116	279	—	—	—	—
Ung. incarnat.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4	—	—	8	16
Lymphangoitis	—	3	—	—	6	6	—	—	3	9	—	1	7	3	—	—
Phlegmone	—	1	—	4	—	—	—	—	3	3	9	43	2	3	2	18
Erysipelas	28	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	13	—	—	—	—
Oedem	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	5	—	3	2	4
Abscesse und Fisteln	11	17	4	9	5	5	2	1	13	6	4	6	6	8	1	3
Furunkel und Carbunkel	2	13	20	35	3	—	3	4	3	26	1	15	3	6	—	3
Ulc. cruris	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	52	79	—	—
Varicen	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4	12	—	—
Summa	41	39	24	48	14	11	5	5	22	44	130	366	74	114	13	44

Im Ganzen:

Panaritium	116	279	Oedeme	2	12
Ung. incarnat	8	20	Absc. u. Fisteln	46	55
Lymphangoitis	16	22	Furunkel	33	102
Phlegmone	16	72	Ulc. cruris	52	79
Erysipelas	28	18	Varicen	4	12
	184	411		137	260

also im Jahre 1887 = 321, im Jahre 1888 = 671.

B) I. 1. Die Panaritien.

Bei weitem am häufigsten von allen Entzündungen kam das Panaritium in Behandlung. In all seinen Formen vom einfachen Panaritium subungal (dem sogen. Umlauf) bis zu den schwersten Fällen von Panaritium gangraenosum wurde es in der Poliklinik beobachtet. In den meisten Fällen hatten die Patienten aus Furcht, dass etwas an dem Finger geschnitten würde, mehrere Tage verstreichen lassen und alle möglichen Salben und unreine Stoffe aufgeschmiert oder auch die so beliebten heissen Breiumschläge gemacht, ehe sie ärztliche Hilfe aufsuchten, so dass eigentlich die ersten Stadien nur sehr selten zur Behandlung kamen.

Die Behandlung bestand hauptsächlich in Abhebung der von Eiter unterminirten Epidermis und Bloslegung des entzündeten Choriums oder in ausgiebiger Incision, an den Stellen, wo man die Eiterheerde vermuthen könnte, um dem Eiter Abfluss zu gestatten. In die Incisionswunde wurde sodann eine kleine Wieke von in Sublimatlösung 1:1000 getauchter Gaze mit der Sonde eingelegt, um ein zufrühzeitiges Verkleben der Wundränder zu verhindern. Auf die entzündete Stelle wurde dann noch ein mit

Sublimatlösung angefeuchtetes Gazeläppchen gelegt, darüber etwas Guttaperchapapier und dann der ganze Finger verbunden.

In gleicher Weise wurde bei den späteren Verbänden verfahren, bis alle Entzündungserscheinungen geschwunden waren, dann wurde die Stelle noch durch ein Cerussapflaster geschützt. Die Resultate waren bei dieser Behandlung durchaus günstige, sofern nicht schon der Prozess vor Eintritt in die poliklinischeBehandlung auf die Sehnen und die Knochen übergriffen hatten, in welchen Fällen der Verlust der betreffenden Phalange oder die Abstossung eines necrotischen Sehnenstückes mit nachfolgender Ankylose nicht verhindert werden konnte.

B) I. 2. Unguis incarnatus.

Im Anschlusse an das Panaritium möchte ich die 28 Fälle von Unguis incarnatus besprechen, von denen 4 an den Finger-, 24 an den Zehen-Nägeln beobachtet wurden.

Die Entstehung dieser Krankheitserscheinungen ist einesteils auf ein schlechtes Beschneiden des Nagels, welcher nicht mit concavem vordern Rand und die Zehenspitzen noch etwas überragenden Ecken, sondern tief in den Falz hinein sich erstreckenden mitunter noch mit hervorspringenden Ecken besetzten Rändern getragen wurde, teils auch auf das Tragen von zu engem Schuhwerk, (besonders spitz zulaufende Schuhe fanden sich häufig bei diesen Patienten) verbunden mit grosser Unreinlichkeit, zurückzuführen.

Bei den leichten Fällen wurde versucht durch Unterschieben von Wattebäuschchen neben der grössten Reinlichkeit, sowie durch teilweises Ausschneiden des Nagels Hülfe zu schaffen. In mehreren Fällen aber musste der ganze Nagel in der allgemein üblichen Weise extrahirt werden. Hierbei wurde mit Aausnahme eines Falles, bei dem die locale Anasthesie mit Cocainum muriaticum angewendet wurde, immer in der Chloroform-Narcoseo perirt. Die Heilung erfolgte dann gewöhnlich in ca. 14 Tagen.

B) I. 3. Lymphangoitis und Lymphadenitis.

Die Entzündungen der Lymphgefässe und Lymphdrüsen in Folge einer scheinbar nicht inficirten Wunde der Finger oder Zehen, traten besonders häufig am Vorderarm auf. Dieselben gingen bei Hochlagerung und Ruhigstellung des betreffenden Gliedes und unter hydropatischen Umschlägen schnell zurück, ohne in Eiterung überzugehen. Zu erwähnen dürfte ein Fall sein, bei welchem die Infection auf die Berührung des Euters einer Kuh zurückgeführt wird.

Jahrgang 1888. J. N. 2108: Haucker, 40 Jahre alt, Viehhändler.

Am Ballen des Daumens der linken Hand eine Schwellung bemerkbar. Auf der dorsalen Seite befinden sich 2 rothe Flecken, einer von Linsen-, der andere von 10 Pfennigstück-Grösse, beide über das Niveau der Umgebung erhaben. Ebenso an der Radialseite der Phalanx des linken Zeigefingers ein Flecken. An dem Unterarm entlang ziehen sich rothe Streifen den Lymphgängen entprechend,

B) I. 4. u. 5. Erysipelas und Oedeme.

Die Erysipeloide an den Fingern und der Hand, sowie die Oedeme der Hand und des Fusses gingen durch *Priessnitz*'sche Umschläge mit 0,1% Sublimatlösung prompt zurück. Die Erysipele des Gesichtes wurden local mit Oel und Watte behandelt, zugleich roborirende Diät verordnet. Die Carbolinjectionen nach *Hueter* wurden in der Poliklinik nicht angewendet.

Schwere Complicationen wurden in der Poliklinik nicht beobachtet.

B) I. 6. Phlegmonen.

Die schweren phlegmonösen Prozesse wurden durchgängig sogleich in das Spital aufgenommen und klinisch behandelt. Zu erwähnen ist ein Fall mit tödtlichem Ausgang.

Jahr 1888. J. N. 2272: Johann Reissweber, 11 Monate alt. Seit dem 24. X. 1888 klagte Patient über heftige Halsschmerzen. Am nächsten Tage stellte sich nach Angabe der Mutter am Halse eine Geschwulst ein. Den 26 X.: An der Vorderseite des Halses besteht eine ringförmige enorme Anschwellung, so dass das Kind den Kopf stark hintenübergebeugt hielt. Die Anschwellung zeigt im Centrum deutliche Fluctuation. Das Kind ist stark cyanotisch, ganz apatisch, Stimme klanglos, kräftiges Schreien unmöglich. Eine Incision entleert viel dünnen nicht riechenden Eiter. Die Abscesswände sind eitrig infiltrirt, das Bindegewebe weithin nekrotisch, so dass trotz der tiefen Incision kein Tropfen Blut fliesst. Tamponade mit Jodoformgaze, *Priessnitz*'che Umschläge mit Borwasser für

den Abend verordnet. Den 27. X. Morgens erfolgte der exitus letalis

B) l. 7. Abcesse und Fisteln.

Die Abscesse wurden sämmtlich unter Anwendung der strengsten Antisepsis ausgiebig incidirt und mit dem scharfen Löffel ausgeschabt, sodann wurde eine Jodoformgazetampon eingelegt und fester Band angelegt. Es erfolgte meist in kurzer Zeit Heilung. Ebenso wurden die Fisteln sorgfältig gespalten, etwaige Abscesshöhlen ausgekratzt und in gleicher Weise behandelt. Zu erwähnen ist ein Fall von Fistula ani incompleta.

Jahrgang 1888, J. N. 1401: Max Zoon, 5 Jahre alt, Schuhmachersohn. Etwas rechts von der Analöffnung ist eine feine Fistelöffnung, aus welcher dünnes eitriges Sekret fliesst, für die Sonde nicht durchgängig.

In Narkose wird die Sonde nach dem Rectum ausgestossen mit dem Galvanocauter die Fistel gespalten und eine haselnussgrosse Abscesshöhle mit dem scharfem Löffel ausgekratzt, darauf Tamponade mit Jodoformgaze. In kurzer Zeit Heilung.

B) l. 8. Furunkel und Carbunkel.

Die Zahl der Furunkel ist eine im Verhältniss zu andern Polikliniken in Würzburg eine ausserordentlich grosse. Während *Krönlein* unter ca. 10000 Fällen nur von 58 Furunkel berichtet, sind hier unter nur ca. 4000 Fällen 135 Furunkel zu verzeichnen. Die Veranlassung dieses häufigen Vorkommens dürfte wohl nicht zum geringsten Teil der grossen Verbreit-

ung der Tuberkulose in hiesiger Gegend zuzuschreiben sein. Die Furunkel wurden durch tiefe meist kreuzweis geführte und von dem Gesunden bis in das Gesunde reichende Schnitt incidirt und alles Krankhafte mit dem scharfen Löffel entfernt, dann wurde ein Tampons von Jodoformgaze eingelegt und sorgfältig verbunden.

B) l. 9. Ulcera cruris.

Die Geschwüre fanden sich meistenteils an varicösen Unterschenkeln. Ihre völlige Heilung gelang nur in einem geringen Procentsatz der Fälle, weil die Hauptbedingung, längere Zeit dauernde Ruhetage und Hochlagerung der Extremität bei den meisten Patienten, die doch den arbeitenden Klassen angehörten, nicht erfüllt werden konnte. Man musste sich daher oft begnügen, durch Anordnung von Bädern etc., sowie durch Anwendung einer Gummibinde eine Besserung des Zustandes herbeizuführen.

Die Geschwüre selbst wurden bis sie sich völlig gereinigt hatten mit Umschlägen von in Sublimatlösung getauchten Läppchen behandelt, später aber Höllensteinsalbe angewendet. Wenn ein specifischer Character vermuthet werden konnte, wurde die lokale Behandlung durch Verabreichung von Jodkali innerlich unterstützt. Nur in einem Falle musste wegen der grossen Ausdehnung der Geschwüre die Amputation vorgeschlagen werden.

Jahrgang 1888. J. N. 1562: Sabine Wirsing, 54 Jahre alt, aus Marktbreit. Haut des Unterschenkels ist vom Fussgelenk bis zum oberen Drittel von Markstück- bis Handtellergrossen Ulcera bedeckt. Haut rings-

um derb infiltrirt und eczematös. Chorion liegt an zahlreichen Stellen bloss. Ränder der Ulcera unregelmässig gestaltet verdickt. Grund der Geschwüre mit welken Granulationen belegt. Venen des Unterschenkels stark dislatirt.

B) II. Entzündungen der Sehnenscheiden und Fascien.

	1887	1888	1887	1888	S.
Tendovagnitis serosa	7	8	—	—	15
Tendovaginitis crepitans	4	8	3	2	17
Contracturen der Finger	1	6	—	—	7
Dupuytrens Finger-Contract.	—	3	—	—	3
Summa	12	25	3	2	42

Die Tendovaginitis crepitans wurde am häufigsten an der Strecksehne des Daumens beobachtet und an der Sehne des Extensor communis. In zwei Fällen auch an der Sehne des M. peroneus-Ursache war meist Ueberanstrengung und Erkältung, hauptsächlich bei Tischlern und Schlossern, deren Arbeiten häufige stoss- und ruckweise Bewegungen der Hand erfordern.

Die Tendovaginitis serosa, welche sich von der oben genannten Sehnenscheidenentzündung nur durch eine grössere Schwellung und Schmerzhaftigkeit auf Druck, sowie durch das Fehlen des Lederknarrens unterscheidet, liess sich meist auf dieselben Ursachen zurückführen.

Die Behandlung bestand bei den Fällen in absoluter Ruhigstellung der betreffenden Extremität, welche man meist durch Anlegen einer Gypshanfschiene zu erreichen suchte. In mehreren Fällen wurde der kranke Teil mit Jodtinktur bestrichen

dann Watte darüber gelegt und darauf erst die Gypshanfschiene angelegt. Dieser Jodanstrich wurde mehremals wiederholt und heilten bei dieser Behandlung die leichtern Fälle schon in 8 Tagen, die vernachlässigten brauchten etwas längere Zeit bis zur völligen Herstellung. Die Resorption des Fibringerinsels wurde in den letzten Fällen durch feuchte Wärme und durch methodische Massage möglichst gefördert.

Die purulente Tendrovaginitis wurde mehremals im Anschlusse an ein Panaritium profundum (s. oben unter dieser Rubrik) beobachtet. Mehrere Fälle von tuberculöser Tendovaginitis habe ich unter der Gesammtgruppe Tuberculose, (s. w. unten) behandelt.

Im Anschluss an die Sehnenscheidenentzündungen habe ich die Contracturen der Finger hier angeführt. Sie waren zumeist Folgeerscheinungen von überstandenen Phlegmonen in einem Falle nach einer Schussverletzung entstanden. Die Behandlung war eine rationell orthopädische. Durch active und passive Bewegungen, Korrectionen der Stellung in der Narkose oder durch allmähliche Streckversuche und nachfolgender Fixation in der bessern Stellung wurde versucht eine bessere Gebrauchsfähigkeit des betreffenden Gliedes zu bewirken. In den meisten Fällen traten die Patienten in klinische Behandlung behufs operativer Verlagerung der Narben über.

Ein Fall von Doigt à ressort ist in dem Journal erwähnt (Jahrgang 1887, N. J. 148). Der betreffende Patient wurde durch Massage und passive Bewegungen behandelt und als gebessert entlassen.

Ferner sind hier noch 3 Fälle von spotaner narbiger Retraktion der Aponeurosis palmaris der sog.

Dupruytren'schen Finger-Contraktur zu gerwähnen. In allen 3 Fällen betraf die Contraktion die Phalangealgelenke der kleinen Finger. Die Finger standen in dem Gelenke zwischen 1. und 2. Phalanx in einem Winkel von 135° und darunter flectirt und liessen sich nicht weiter strecken. Die Haut über dem 5 Metatarsus verdickt und mit der Palmaraponeurose verwachsen. In zwei Fällen wurde nur Massage, passive Beweguugen und Fixation auf Schienen angewendet, in einem Falle aber in der Klinik die Operation nach *Busch* mit einem in Form eines spitzwinkligen Dreiecks herausgeschnittenen Läppchen gemacht. Der Patient trat nach 5 wöchentlicher Behandlung in der Klinik in poliklinische Nachbehandlung. Das Resultat war dieses:

Jahrgang 1888 J. N. 1300: Andreas Stäblein, 61 Jahre alt, Lehrer. In der Vola manus eine bis zur Basis metacarpi indicis längsverlaufende Narbe in deren Mitte ein linsengrosses necrotisches Hautstückchen. Nach dessen Entfernung zeigt sich eine gut granulirende Wunde.

Eine zweite Narbe von dieser Stelle bis auf den kleinen Finger verlaufend ist lineär. Bewegungen sämmtlicher Finger fast normal, nur der V. Finger ist nicht ganz bis zur Vola manus hinzubringen.

B) III. Entzündungen der Knochen. (Ostitis, Periostitis, Osteomyelitis, Caries etc.

Uebersicht.	1887	1888
Kopf- und Gesichtsknochen	10	19
Rippen	—	2
Schulterblatt	1	—
Oberarm	—	—
Unterarm	—	4
Hand	3	4
Oberschenkel	1	1
Unterschenkel	5	5
Metatarsus	—	1
Zehen	1	—
Summa	21	36

Die Zahl der Knochenerkrankungen scheint nach obiger Tabelle eine verhältnismässig sehr kleine zu sein, aber ich habe alle sicher tuberculösen Knochenentzündungen an anderer Stelle dieser Arbeit behandelt, so dass sich mit Einschluss derselben die Gesammtziffer bedeutend erhöhen dürfte.

Es ist natürlich, dass die meisten schweren Knochenerkrankungen, welche eine grössere Operation und eine längere Behandlung erforderten sogleich in die Klinik aufgenommen wurden und nur in Ausnahmefällen derartige Operationen in der Poliklinik gemacht werden konnten. So wurden die meisten Fälle von *Parulis* in der Poliklinik behandelt. Oefters gelang es schon durch die Extraction des cariösen Zahnes dem Eiter Abfluss zu eröffnen und damit den Process zum Stillstande und zur Heilung zu bringen. Mehremals aber waren auch Incisionen längs des Knochens hin nothwendig, welche fast immer von der Mundhöhle aus gemacht wurden, da die Incisionen von aussen wegen der schweren kosmetischen Schä-

digung durch die sich oft trichterförmig einziehende Narbe möglichst vermieden wurden. Die Incisionswunde wurde dann mit Jodoformpulver bestreut und häufiges Ausspülen des Mundes mit einem Antisepticum meist Kal. hypermang. dringend empfohlen.

Von grösseren Operationen wegen Knochenerkrankung will ich nur eine erwähnen, welche gleichsam als Beispiel für alle andern gelten kann.

Jahrgang 1888, J. N. 2187: Franz Schmitt, 13½ Jahre, Bauernsohn. Patient litt vor einem halben Jahre an den Masern. Nach dieser Krankheit schwoll der Arm unterhalb des Ellenbogens beträchtlich an und verursachte die heftigsten Schmerzen. Auf Anrathen des betreffenden Arztes wurde eine Salbe eingerieben, worauf sich eine Fistel bildete, aus der sich ziemlich viel Eiter entleerte. Stat. praes. An der l. Ulna handbreit unter dem Olecranon fühlt man in der Ausdehnung eines Markstückes eine Auftreibung des Knochens. Die Weichteile darüber geschwellt und auf der Höhe von einer Fistel durchbrochen. Durch letztere gelangt die Sonde auf rauhen harten Knochen. Operation am 17. X. 1888 vorgenommen: Unter Blutleere wird ein Längsschnitt durch die Fistel bis auf den Knochen geführt. Die Fistel dringt in den Knochen selbst ein. In der Knochenhöhle findet sich ein 1½ cm langer und ½ cm breiter und dicker Sequester. Derselbe wird entfernt, die Granulationen mit dem scharfen Löffel ausgeschabt; Tamponade mit Jodoformgaze und die Wunde zur Hälfte durch Naht geschlossen.

Am 5. März 1889 konnte der Patient als geheilt entlassen werden.

B) IV. Entzündungen der Gelenke und Folgeerscheinungen, Ankylosen etc., nebst Entzündungen der Schleimbeutel.

Uebersicht.

	1887	1888
Schultergelenk	—	5
Ellenbogengelenk	1	9
Handgelenk	—	7
Fingergelenk	—	2
Hüftgelenk	1	4
Kniegelenk	21	24
Fussgelenk	3	9
Metatarsalgelenk	—	1
Summa	26	61

	1887	1888
Bursit. praepatellaris	16	15
„ subhyoidea	1	1
Entz. eines Schleimb. üb. d. Olecranon	—	2
„ „ „ über Hallux,	—	1
Summa	17	19

Auch bezüglich der Gelenkerkrankungen bestand die Hauptaufgabe der Poliklinik in der Nachbehandlung der in der Klinik operirten und später ambulant behandelten Patienten. Hier wurde nun durch methodische Massage und Electricität sowie durch active und passive Bewegungen die Gebrauchsfähigkeit der betreffenden Extremität nach Möglichkeit wieder zu erreichen gesucht und sind teilweise sehr erfreuliche Resultate zu verzeichnen; so im folgenden Falle:

Jahrgang 1888 J. N. 1701: Gg. Ebyh, 11 Jahre alt, aus Rothenburg. Der linke Arm soll 6 Jahre steif gestanden haben und zwar wird er in einem Winkel von 100° fixirt gehalten. Pronation und Supination sowie Extensions- und Flexionsbewegungen vollständig ausgeschlossen.

Der Knabe wurde etwa am 10. August in der Klinik operirt und zwar wurde die typische Ellenbogenresection vorgenommen und trat am 6 Nov. in poliklinische Behandlung.

Patient beugt den Arm activ bis zu 70°, streckt ihn bis zu 140°. Die passiven Bewegungen werden nur während des Verbandwechsels vorgenommen, sonst wird der Arm rechtwinklig durch den Verband fixirt.

Nach 3 Wochen folgendes Resultat zu verzeichnen; Die Flexion des Gelenkes gelingt aktiv bis 80°. Die Extension bis 140°. Bei raschen Bewegungen wird die Grenze der Excursionsweite nicht erreicht. Die Kräfte des Armes sind bedeutend gesteigert.

Die einfachen serösen Ergüsse in das Kniegelenk wurden in acuten Fällen mit Ruhestellung des Gelenkes und in den ersten Tagen mit Eis-, später mit *Priessnitz*'schen Umschlägen behandelt oder auch mit Jodtinktur bestrichen und Massage angewendet. Wenn dadurch keine Erfolge erzielt wurden, so wurde die typische Kompression oder auch die Punktion und Ausspülung gemacht. Bei chronischen serösen Ergüssen, dem sogen. Hydrops articulorum, wurde das Glied ruhig fixirt und durch Flanellbinden eine stärkere Compression ausgeübt, dabei aber eine Schiene in die Kniebeuge gelegt. Wenn dies erfolglos blieb, so wurde möglichst frühzeitig die Punction mit nachfolgender Ausspülung und Injection von Jodtinctur und Compressiv-Verband gemacht. Die Arthritis proliferans wurde wesentlich auch durch Ruhestellung und *Priessnitz*'sche Umschläge behandelt. Hatten sich aber grössere Gelenkmäuse gebildet,

so versuchte man die Punction mit einem grossen Troicart und suchte die Fibringerinnsel zu entfernen, in einigen Fällen war aber die Arthrectomie nötig.

Es gelangten auch zwei Fälle von schwerer Arthritis deformans zur Beobachtung, welche in die Klinik aufgenommen wurden.

Jahrgang 1880 J. N. 1760: Marianne Räth, 52 Jahr alt, von Reichmannshausen.

Das r. Kniegelenk scheint stark geschwollen und hat seine normale Form verloren. Die Contouren der knöchernen Gelenkenden nur undeutlich sichtbar. Der r. Unterschenkel steht in Varusstellung. Am Condyl. fem. intern. eine sehr beträchtliche Auftreibung des Knochens, welche das Femur-Ende bis in die Kniekehle umfasst. Eine geringere Auftreibung am äusseren Condyl. sowie an beiden Condyl. d. Tibia. Die Patella sitzt gewissermassen in der Mitte zwischen 2 seitlich sich erhebenden Höckern.

Bei Bewegungen fühlt man ausgezeichnete Crepitation im Gelenk und das Knirschen zahlreicher kleiner und grösserer Körper, darunter einer über Haselnussgrösse, frei beweglich im Gelenk und zwar im oberen Recessus an der rechten Seite der Quadriceps-Sehne. Im Gelenk mächtiger Flüssigkeitserguss zu constatiren.

Jahrgang 1888 J. N. 2500: 2) Magdal. Schrot, 55 Jahre alt, aus Würzburg Pat. hinkt beim Gehen, indem sie das rechte Bein schont und im Hüftgelenk gar nicht bewegt. Es wird in gestreckter Stellung aber stark nach aussen rotirt erhalten, so dass die Patella nach aussen und vorn sieht. Die r. Beckenhälfte ist ein wenig gesenkt, gleicht man die Becken-

stellung aus, so zeigt sich, dass der Oberschenkel in mässiger Flexions- und Abductionsstellung und in starker Rotation steht. Aktiv bewegt die Pat. das Bein im Hüftgelenk gar nicht, auch passive Bewegungen nur in geringem Grade möglich. Versuche dazu sehr schmerzhaft. An der Vorderseite des Gelenks fühlt man eine diffuse ziemlich derbe auf Druck etwas schmerzhafte Auftreibung, die unbeweglich mit dem Knochen verbunden zu sein scheint.

Im Anschlusse an die Gelenkerkrankungen habe ich die Entzündungen der Schleimbeutel zu erwähnen. Besonders zahlreich waren die Fälle von Bursitis praepatellaris. Ursache war meist ein chronisches Trauma, besonders bei Dienstmädchen das Knieen beim Scheuern der Stuben.

Es kam sowohl die seröse Form als auch die Bursitis proliferans zur Behandlung. Es wurde sowohl die methodische Compression mit Schienen auf der entgegengesetzten Seite, als auch die Punction und nachfolgende Injection von Jodtinctur angewendet. Vom besten Erfolge zeigte sich aber immer die vollständige Exstirpation des Schleimbeutels unter Blutleere.

B) V. Entzündung der Schleimhäute.

Uebersicht.

	1887	1888
Rhinitis	1	14
Ozaena	1	2
Laryngitis	2	11
Stomatitis	—	3
Tonsillitis	9	18
Gingivitis	10	10
Otitis externa	—	5
Otitis media	8	9
Summa	31	72

Die Erkrankungen der Nasenhöhle wie Rhinitis und Ozaena fanden sich zumeist bei jungen Individuen von scrophulösem Aussehen, nur in einem Falle war Lues die Ursache (s. u.). In den meisten Fällen wurden den Kranken Ausspülungen mit Alaun oder Salzwasser vermittelst einer Nasendouche empfohlen.

Die Fälle von Pharyngitis und Laryngitis wurden der inneren Poliklinik, die Ohrenerkrankungen der Poliklinik für Ohrenkrankheiten überwiesen.

Die Entzündung des Zahnfleisches wurde durch Incisionen und Einstreuen von Jodoform in die Wunde, sowie durch häufiges Ausspülen mit Kali chloric. behandelt. Bemerkenswert dürfte ein Fall sein, bei dem in Folge des Durchbruchs des Weisheitszahnes eine Kieferklemme entstand.

Jahrgang 1888 J N. 1906: Maria Graf, 23 Jahr alt, Dienstmädchen. Pat. kann den Kiefer nur so weit auseinander bringen, dass ein Finger zwischen diese geschoben werden kann. Die Gingiva neben dem linken untern eben im Durchbruch begriffenen Weisheitszahne stark geröthet und geschwellt. An dieser Stelle quillt auf Druck etwas Eiter hervor

Von den Erkrankungen der Tonsillen waren am häufigsten die acute catarrhalische Angina tonsillaris. Es wurde häufiges gründliches Gurgeln mit Kali chloricum verordnet.

Die Exstirpation der Tonsillen wurde in drei Fällen vorgenommen und zwar wurde zur Operation nicht das Tonsillotom sondern ein Hacken und eingekrümmtes Messer benützt. Eine bedeutendere Blutung trat nie ein.

B) VI. Mastitis.

Von Mastitiden wurden im Jahre 1887 sieben, im Jahre 1888 nur vier behandelt. In Betreff der Heilmethode ist zu bemerken, dass bei rein entzündlicher Schwellung und Röthung, wo keine Fluctuation nachzuweisen war, mehr conservativ verfahren wurde. Es wurde in mehreren Fällen ein festes Suspensorium Mammae angelegt und auch Einpinselungen mit Jodtinktur gemacht. Die Erfolge scheinen gute gewesen zu sein, denn es ist niemals später eine Incision nöthig geworden. Bei denjenigen Fällen aber, wo bereits eine fluctuirende Anschwellung vorhanden war, wurde natürlich eine ausgiebige Incision mit nachfolgender Drainage gemacht.

Interessant dürfte der Fall von einer Mastitis bei einem Manne sein:

Jahrgang 1888 J. N. 2062: Jos. Raith, Schlosser.

Pat. hat an der l. Brustwarze eine derbe, wallnussgrosse, auf der Unterseite verschiebliche Geschwulst. Gegend ringsum geröthet und an einer Stelle ein etwa linsengrosser Schorf von gelbem Aussehen. Patient will sich in der Nacht stark gekratzt haben. Linke Mamma breiter, doch kürzer wie normal, nach aussen die Haut in der Ausdehnung eines 5 Markstückes geröthet und geschwollen und auf Druck schmerzhaft. Auf der Höhe der Geschwulst unmittelbar nach aussen von der Mammilla Fluctuation zu fühlen.

B) VII. Erkrankungen der Geschlechtsorgane.

Die Erkrankungen der Geschlechtsorgane wie Orchitis und Epididymitis, welche auf traumatischen

C. Geschwülste

	1887	1888
1) Fibrome	2	2
2) Sipome	2	5
3) Chondrome	—	2
4) Osteome	—	2
5) Angiome		
a) Telangiectasien	3	—
b) Cavernome	3	4
6) Lymphangiome	1	2
7) a) Sarkome	7	8
b) Epulis	1	—
8) Parotistumoren	—	1
9) Lymphome	8	25
10) Maligne Halstumoren	1	2
11) Papillome	5	18
12) Keloide	1	2
13) Clavi	3	11
14) Adenome	1	2
15) Cancroide	1	4
16) Carcinome	16	19
17) Atherome und Dermoidcysten	12	10
18) Ranulae	—	2
19) Ganglien und Hygrome	4	13
20) Schleimhautpolypen	4	3
21) Strumen	9	21
22) Prostata hypertrophien	3	6
23) Geschwülste d. weibl. Geschlechts-Organe:		
a) Ovarien Cyste	—	2
b) Fibrom. urethrae		1
c) Myoma uteri		1
d) Carcin. vagin.		1
Summa	87	35
zusammen		256

Ursachen beruhten (die gonorrhoischen, tuberculösen und luetischen Erkrankungeu werden weiter unten besprochen werden), im Ganzen 14 an Zahl waren sehr geringfügiger Natur. Sie wurden durch Ruhe, Bleiwasserumschläge, sowie Verordnung eines gut sitzenden und auswattirten Suspensoriums behandelt. Ebenso wurden die drei Fälle von Balanoposthitis durch Waschungen mit Sublimatlösung und Bleiwasserumschlägen in kurzer Zeit geheilt.

B) VIII. Haemorrhoidalbeschwerden.

Die Therapie beschränkte sich in den meisten Fällen darauf, für guten Stuhl zu sorgen. Durch kühle Sitzbäder, geregelte Lebensweise und besonders viele Bewegung. Gegen Blutungen wurde Ruhe und Kälte (Eiswasser) verordnet. In mehreren Fällen bei sehr grossen Knotenbildungen wurde die Operation, Abbrennen mit dem Glüheisen nach Fixirung des Knotens mit der *Langenbeck*'schen Flügelzange empfohlen.

Uebersicht B) VI.—VIII.

		1887	1888
B) VI.	Mastitis	7	4
B) VII.	Cystitis	1	—
	Orchitis	3	2
	Epididymitis	2	3
	Balanoposthitis	—	3
B) VIII.	Haemorrhoidalknoten	1	8
	Summa	14	20

Von den Geschwulstformen interessiren uns bei einer poliklinischen Besprechung ausschliesslich die kleineren gutartigen Tumoren, deren Entfernung keine grössern operativen Eingriffe erfordert und die ambulant behandelt werden können. Die grosse Menge der Patienten, welche wegen bösartiger oder durch ihren Sitz oder kolossales Wachstum beschwerlicher Geschwulstformen, in der Poliklinik Heilung suchten, wurden, wenn ihr Zustand eine grössere Operation nothwendig resp. wünschenswert erscheinen liess, sogleich in das Spital aufgenommen und weiterhin klinisch behandelt.

Wir können also bei dieser Beziehung über die Gruppen der Carcinome, Sarkome, Osteome, Chondrome sowie über viele Fälle von Fibromen und Lipomen etc. schnell hinweggehen und will ich nur 2 Fälle, welche mir bemerkenswert erscheinen, an dieser Stelle anführen.

Jahrgang 1888, J. N. 1642: Carcinoma recti mit Perforation in die Blase. 1) Michael Pack, 46 Jahre alt, Maurer. Patient war schon vor einem Jahre im Juliusspital und wurde ihm damals die Operation vorgeschlagen.

Vor 6 Wochen fand Abgang von blutigem Harne statt.

Patient sehr abgemagert.

Beim Untersuchen per rectum entleert sich sofort Urin mit Blut gemischt, man gelangt an eine kraterförmige Oeffnung, eine dünne Fistel zieht sich nach der Blase hin. Man gelangt bequem mit dem Finger in die Blase. Der Patient konnte nicht mehr operirt werden.

Der zweite Fall betrifft ein von der Parotis ausgehenden Tumor, der sich später als Carcinom erwies.

Jahrgang 1888, J. N. 2732: Nicolaus Lang, 58 Jahre alt, Oecon. Am 21. Dec. 1888 wurde Patient wegen tubercul. Lymphdrüsen operirt. Patient klagt seitdem über Schmerzen.

Er hatte vor dem rechten Ohr eine flache Anschwellung die für eine geschwollene Lymphdrüse gehalten wurde. Es zeigte sich aber nur Parotisgewebe. Patient entzog sich hierauf der poliklinischen Behandlung.

Am 31. Mai 1889 kam Patient wieder in die Poliklinik in folgendem schrecklichem Zustande.

Das rechte Auge fehlt. Dasselbe wurde in der hiesigen Augenklinik enucleirt. Die Augenhöhle ist ausgefüllt von einem Tumor, welcher auf das untere Augenlied und die äussere Hälfte des obern stark übergegriffen hat und in grösserer Ausdehnung ulcerirt ist. Grund des Ulcus zeigt mehrfache papilläre Erhabenheiten. Rand mässig scharf, fühlt sich derb infiltrirt an. Rings um das rechte Ohr besteht diffuse Schwellung, Ohrläppchen etwas in die Höhe gehoben, hinter ihm eine linsengrosse Fistel inmitten einer operirten Geschwulstwucherung. Letztere ist auch in den äussern Gehörgang durchgebrochen und füllt ihn zum grossen Teil aus.

Die Diagnose wurde auf Carcinoma recidivum orbitae et reg. parotideae gestellt.

Von den kleineren Geschwulstformen, welche in der Poliklinik selbst behandelt werden konnten, stellten das Hauptcontingent die Atherome und Dermoid-

cysten. Letztere hatten zumeist ihren Sitz an der von ihnen bevorzugten Stelle am äusseren Augenwinkel.

Die Behandlung dieser Geschwulst bestand in der vollständigen Exstirpation mit der Kapsel. Der Hautschnitt wurde über die Höhe der Tumoren geführt und wurde ein Anschneiden der Kapsel möglichst vermieden. Gelang dies nicht und wurde der Sack verletzt, so wurde er völlig entleert und dann mit der Scheere sorgfältig abgetragen.

Von andern Cystengeschwülsten ist noch besonders die Ranula zu erwähnen. Sie wurde im ganzen nur 2 mal beobachtet. Wegen seiner Grösse ist folgender Fall interessant.

Jahrgang 1888, J. N. 1065: Katharina Rind, 19 Jahre alt, Dienstmagd. Patientin giebt an, dass sie schon vor einem halben Jahre an einem gleichen Leiden gelitten habe, welches damals spontan geheilt wäre.

An dem Mundhöhlenboden vor der Zungenbasis zu beiden Seiten des frenul. linguae zeigt sich je eine weisse fluctuirende Geschwulst von normaler Schleimhaut bedeckt. Die linke Hühnerei, die rechte Taubenei gross. Eine kleine Einschnürung entsprechend dem frenulum trennt sie von einander. Links ist der Mundhöhlenboden etwas vorgewölbt. Die linke Submaxillardrüse geschwellt und schmerzhaft.

Die Operation bestand in einer Incision und Entleerung des Sackes und Einlegung eines Jodoformtampons, der Abends von der Patientin selbst entfernt werden durfte. Daneben fleissiges Ausspülen des Mundes mit Kal. hypermanganicum dringend angeraten.

Sehr zahlreich waren auch die Ganglien vertreten. Ueber den Sitz und Ausgangspunkt lässt sich im allgemeinen sagen, dass sie zwei Stellen besonders bevorzugen. Es ist dies einmal die Stelle zwischen dem Supinator longus und dem Flexor carpi radialis auf der radialen Volarfläche der Hand, da wo die Art. radialis verläuft und zweitens auf der Dorsalfläche die Stelle zwischen Extensor pollicis longus und indicator ebenfalls auf der radicalen Seite. Wegen der Nähe der Art. radialis und der grossen Gefahr einer Verletzung derselben, hat man in hiesiger Klinik vollständig Abstand genommen, die vielfach emphohlene Discission anzuwenden und nimmt jetzt immer die vollständige Exstirpation, möglichst ohne Verletzung des Sackes, vor, zuweilen ist man genöthigt bei der Verfolgung des Stiels auch das Gelenk oder die Sehnenscheide zu eröffnen.

Bei der Nachbehandlung wird dann immer das Gelenk durch eine Gypshanfschiene fixirt.

Das frühere übliche Zerdrücken oder Zerspringen des Balges durch einen Schlag mit einem Holzhammer ist hier gänzlich verlassen worden.

Bei dieser Gelegenheit möchte ich eines sehr lehrreichen Falles erwähnen, bei welchem bei der Operation statt eines Ganglions ein Lipoma vaginae tendinis extens commun. manus gefunden wurde.

Jahrgang 1888, J. N. 2121: Franz Rümmer, 7 Jahre alt. St. praes. Auf derselben Seite der rechten Hand befindet sich eine etwa Taubenei grosse Geschwulst, welche unter dem lig. carpi transvers. dorsale einen Fortsatz oberhalb des letzteren hinsendet und in etwa Kirschkorn grossen Geschwulst endigt.

Beide Tumoren sind fluctuirend auf der Basis verschieblich, schmerzlos, Haut darüber normal.

Operation: Unter Blutleere wird eine Längsincision in einer Ausdehnung von circa 10 cm über die Höhe beider Geschwülste geführt. Das subcutane Fettgewebe durchtrennt, ebenso die die Geschwulst bedeckenden Fascien. Bei dem Versuch die Geschwulst aus der Umgebung auszulösen zeigt sich, dass ihr Stiel direct in der Sehnenscheide des extens. communis übergeht, aber nicht ein Divertikel der letzteren bildet, sondern sämmtliche Sehnen, zwischen sie einzelne Fortläufer sendend rings umschlingt. Geschwulst wird hierbei angeschnitten und es entleert sich eine geringe Menge zäher Flüssigkeit, ohne dass die Geschwulst völlig zusammenfällt. Um sie zu entfernen muss die Sehnenscheide in der ganzen Länge gespalten werden. Jetzt zeigt sich, dass der Innenwand der Sehnenscheide eine lipomatöse Masse aufsitzt, welche zwischen die einzelnen Sehnen Fortläufer schickt, mit dem Mesotenon zusammenhängt. Ganze Wand wird bis zum lig carpi dors. transvers mit der Scheere exstirpirt, letzteres zum grössten Teil durchtrennt, ein Teil der Fasern erhalten, welcher die Sehnen auf dem Gelenk fixirt hält, darauf ein kleiner Teil der Geschwulst centralwärts von genanntem Ligament ebenso exstirpirt. Geschwulst ist hier noch mit der Sehne verwachsen und geht bis zu den Muskelfasern hin. Es folgt Ausspülung mit Sublimat, Stillung der Blutung. Fortlaufende Naht und Drainage. Da die parenchymatöse Blutuug beträchtlich anhält, mässige Compression mit Sublimatgaze, dorsale Gypshanfschiene.

Schleimpolypen wurden zumeist in der Naht beobachtet, doch wurde auch je ein Fall von Mastdarm- und Ohrenpolypen behandelt.

Die Tumoren der Nase und im Ohre wurden vermittelst der kalten Drahtschlinge leicht entfernt, während der Mastdarmpolyp nach doppelter Unterbindung des Stiels einfach abgeschnitten wurde. Die Blutung war dabei sehr geringfügig.

Die papillomatösen Wucherungen, welche besonders als verrucae an den Händen auftraten, wurden mittelst der *Cooper*'schen Scheere vollständig abgetragen. Zu bemerken ist ein Fall von Papilloma linguae, wahrscheinlich entstanden durch den Reiz eines spitzigen Zahneckchens.

Ebenso wurden die Clavi mit der Wurzel entfernt.

Bei den 3 Kranken, welche mit Keloiden in Behandlung kamen, handelt es sich um Narbenkeloide. Sie wurden in das Spital aufgenommen.

Inbetreff der Geschwülste der Lymphdrüsen, besonders derjenigen am Halse möchte ich folgendes bemerken. Da die einfachen Drüsenhyperplasien des primären Lymphoms im Anfange sich nur schwer von der chronisch-entzündlichen Schwellung der Drüsen, welche auf tuberculöser Basis beruhen, unterscheiden lässt, anderseits eine länger dauernde Beobachtung bei der Indolenz der Patienten, welche sehr bald die Geduld verlieren und nicht wiederkommen, fast unmöglich wird, so finden sich in dem Journal der Poliklinik meist nur kurze Bemerkungen ohne bestimmte Diagnose. Es war mir also nicht möglich, diese beiden Gruppen genau zu trennen, ich habe

mich aber bemüht nur diejenigen Fälle zu den tuberculösen Drüsenerkrankungen zu rechnen, welche ausdrücklich als solche bezeichnet waren, oder deren Beschreibung keinen Zweifel darüber liess. Die übrigen habe ich zu den einfachen Lymphomen gerechnet und und unter den Geschwülsten angeführt. Es sind dies also jene schmerzlosen, chronisch verlaufenden, sich allmählich vergrössernden Drüsentumoren, welche keine Tendenz zur Eiterung haben, die aber bald mit ihren Nachbaren zu grösseren unregelmässigen Packeten verwachsen und durch ihre Multiplicität lästig und gefährlich werden. Die Behandlung dieser Tumoren war nun eine ziemlich verschiedene, je nach der Grösse und Beschaffenheit der Drüsenpackete, sehr häufig eine rein medicamentöse. So wurde in vielen Fällen durch Verbesserung des Allgemeinbefindens, durch Verordnung von Leberthran, mitunter auch Arsenpillen etc. eine Rückbildung der Drüsen angestrebt. Ueber die Resultate ist aus den obenangeführten Gründen fast gar nichts bekannt geworden.

In einigen Fällen wurde den Patienten auch die völlige Exstirpation der erkrankten Drüsen angerathen und mit Erfolg ausgeführt. Ein Fall von Lymphosarcoma colli wurde sogleich in die Klinik aufgenommen.

Zu erwähnen ist folgender Fall einer Geschwulst der gland. submaxillaris.

Jahrgang 1888, J. N. 1862: Anna Heinrich, 8 Jahre alt, aus Kürnach. Stat. praes. In der Gegend der gland. submaxillaris befindet sich eine oval gestaltete verschiebliche auf Druck nicht schmerzhafte Geschwulst von der Grösse einer Pflaume und Knorpel-

härte. Haut darüber verschieblich und normal. Oberfläche glatt bis auf einen kleinen Höcker. Beiderseitige Halsdrüsen etwas geschwollen.

Exstirpation der Geschwulst mittelst eines 7—8 cm langen, dem Unterkiefer parallelen Schnittes. Tumor lässt sich leicht aus der Umgebung losschälen, nur 2 Unterbindungen: Drainage, Naht. Tumor zeigt sich zusammengesetzt aus einer weichen grau-röthlichen lipomähnlichen Rinde von $1^1/_2$ cm Dicke und einem knöchernen Kern. Letzterer zeigt im ganzen ungefähr das Gefüge einer Spongiosa mit weichen röthlichen Einsprengungen von Hirsekorngrösse. Nur da, wo er an die Rinde stösst, besteht ringsum eine $^1/_2$ mm dicke compacte Schicht, deren Durchschneidung sehr schwer ist. Oberfläche derselben ist rüsselförmig und dringt in ähnlicher Weise in die weiche Rinde wie die pia mater in das Gehirn, wodurch die Rinde auf dem Durchschnitt eine lappige Form erhält.

Verhältnissmässig sehr häufig kamen Strumen in poliklinische Behandlung. Zumeist waren es einfache hyperplastische Formen, doch kamen auch öfters Strumae colloides zur Beobachtung. In 3 Fällen musste die Diagnose auf Struma carcinomatosa gestellt werden. Dieselben traten sofort ebenso wie alle andern Patienten, die eine operative Entfernung ihres Kropfes wünschten, in klinische Behandlung über. In der Poliklinik behandelte man die Kröpfe entweder durch innere Darreichung der wässerigen Jodkalilösung, oder es wurden mit der *Pravaz*'schen Spritze öfters Einspritzungen von Jodtinctur in das Kropfgewebe gemacht. Ueber die Resultate ist nichts näheres bekannt.

Gegen die Prostataschwellungen und die durch sie verursachten Harnverhaltungen wurde methodisches öfteres Einführen eines etwas erwärmten und geölten Metallcatheters angewendet. Zugleich wurden lauwarme Bäder und der Gebrauch von leicht abführenden Wässern den Patienten angerathen. Die blutig-operative Behandlung wurde niemals eingeschlagen.

D) I. Tuberculose.

Bei der grossen Menge von tuberculösen Erkrankungen, welche in den beiden Beobachtungsjahren in der Poliklinik behandelt wurden, schien es mir berechtigt, dieser Krankheit eine Rubrik allein einzuräumen und auch einige statistische Zusammenstellungen betreffs des Geschlechts und des Alters etc. der Patienten hinzuzufügen. Es sind bis jetzt schon aus mehreren chirurgischen Kliniken statistische Berichte über die Ausbreitung dieser Krankheit herausgegeben worden, da aber eine sehr grosse Anzahl von tuberculösen Fällen, so besonders die Hauttuberculose und die tuberculöse Lymphadenitis hauptsächlich in der Poliklinik zur Beobachtung kommen, so glaubte ich, dass die hier in der Poliklinik gesammelten Ergebnisse zur Ergänzung dieser Berichte dienen und das Gesammtbild dieser schrecklichen Seuche zu vervollständigen vermöchten.

Es kamen im Ganzen 373 Fälle zur Beobachtung und zwar:

Im Jahre	1887:	64	männl.	58 weibl.	= 122
„ „	1888:	129	„	122 „	= 251
Zusammen:		193	männl.	180 weibl.	= 373

und zwar verteilen sich diese Fälle folgendermassen:

	1887	1888
1) Hauttuberculose	8	22
2) Lupus	12	9
3) Lymphadenitis	21	76
4) Tendovaginitis	2	—
5) Spondylitis	21	30
6) Knochen	20	44
7) Gelenke	35	65
8) Geschlechtsorgane	3	5
Summa	122	251

Was das Alter der Patienten im allgemeinen anbetrifft, so waren:

	1887	1888	zus.
1) Unter 5 Jahren	22	60	82
2) 5—10 „	28	38	66
3) 10—20 „	33	72	105
4) 20—30 „	16	33	49
5) Ueber 30 „	23	48	71
Summa	122	251	373

Die tuberculöse Lymphadenitis wurde zumeist an den Drüsen beobachtet, in 9 Fällen waren die Axillardrüsen, in einem eine Drüse am Oberarm erkrankt.

Dem Alter nach verteilten sich diese Fälle folgendermassen:

1) Unter 5 Jahren		2	11	13	Unter 16 Jahre
2) 5—10 „		3	9	12	
3) 10—16 „	incl.	6	20	26	51
4) 16—20 „		3	9	12	Ueber 16 Jahre
5) 20—30 „		5	15	17	
6) Ueber 30 „		2	12	17	46
Summa		21	76	97	

Es überrascht uns zu finden, dass die Zahl der Drüsenerkrankungen im jugendlichen Alter, also bis etwa zu 16 Jahren, nicht eine bedeutend grössere ist gegenüber der Zahl der älteren Patienten, während

man gerade diese Erkrankungsform dem jugendlichen Alter zuzuschreiben pflegt. Dieses Ergebnis ist wohl hauptsächlich dadurch zu erklären, dass gerade diese Erkrankung bei Kindern zu Hause durch allerlei Mittel behandelt, oder auch vielfach gar nicht behandelt wird und später zu einer Allgemeinerkrankung, oder auch zu einer metastatischen Gelenkerkrankung Veranlassung giebt.

Ueber die Knochen- und Gelenkerkrankungen ist folgendes zu berichten:

		1887	1888	zus.
I. Knochen:	Gesichtsknochen	1	2	3
	Unterkiefer	2	2	4
	Rippen	1	2	3
	Wirbelsäule	21	30	51
	Os ilei	—	1	1
	Oberarm	5	7	12
	Vorderarm	1	5	6
	Os metacarpi	—	5	5
	Phalanges	6	8	14
	Unterschenkel	1	4	5
	Os metatarsi	—	6	6
	Calcaneus	1	1	2
	Phalang. ped.	1	1	2
II. Gelenke:	Hüftgelenk	9	10	19
	Kniegelenk	6	18	24
	Fussgelenk	8	14	22
	Schultergelenk	1	—	1
	Ellbogengelenk	8	18	26
	Handgelenk	3	5	8
	Fingergelenk	1	—	1
	Summa	76	139	215

Diese kleine Tabelle bestätigt im Grossen und Ganzen die Erfahrungen, welche *Billroth-Mentzel* und *Jaffé* in ihren grossen Statistiken betreffs der Häufigkeit der Erkrankung der einzelnen Knochen, resp. Gelenke niedergelegt haben.

Ich stelle hier der Uebersicht wegen diese 3 Tabellen nebeneinander.

	Billroth–Mentzel	*Jaffé*	hies. Poliklinik
1.	Wirbelsäule	Wirbels. 26 %	Wirbels. 24 %
2.	Kniegelenk	Fussknoch. 21 %	Fussknoch. 17 %
3.	Schädel, Gesicht	Hüftgel. 13 %	Handk. 14 %
4.	Hüftgelenk	Kniegel. 10 %	Ellbogeng. 13 %
5.	Sternum, Rippe	Handknoch. 9 %	Kniegel. 12 %
6.	Fussknochen	Ellbogeng. 4 %	Hüftgel. 9½ %
7.	Ellbogengelenk	Beckenk. 3 %	Humerus 6 %

Besonders bemerkenswert erscheint bei dieser Zusammenstellung nur, dass das Ellbogengelenk in meiner Tabelle schon die vierte Stelle mit 13 % aller Knochenerkrankungen einnimmt, während es bei den andern Tabellen erst an 6. resp. 7. Stelle mit nur 4 % angeführt wird.

Nach diesen kurzen statistischen Bemerkungen wollen wir zur Besprechung der einzelnen Krankheitsformen übergehen.

Die Hauttuberkulosen und die tuberkulösen Abscesse wurden möglichst radical behandelt. Es wurde die ganze erkrankte Hautpartie vollständig blosgelegt, mit Scheere und Messer die unterminirte Haut abgetragen, und dann alles Kranke, besonders aufmerksam an den Rändern, mit dem scharfen Löffel energisch ausgekratzt und dann antiseptischer Verband angelegt.

Die Erfolge waren bei den Kindern meist recht gute, Recidive wurden sehr selten beobachtet.

Sehr viel ungünstiger stellte sich die Prognose bei Lupus, der ja eigentlich nur eine specielle Form der Hauttuberkulose darstellt, aber wegen seiner

Hartnäckigkeit und seiner Tendenz langsam aber stetig in das gesunde Gewebe einzudringen, sowie durch die Häufigkeit der Recidive sich wesentlich von der einfachen Hauttuberkulose unterscheidet Er trat besonders häufig an der Nase und überhaup im Gesicht auf, wurde aber auch an andern Stellen, so an der Hand beobachtet.

Wegen der grossen Hartnäckigkeit des Processes wurde gegen ihn mit allen zu Gebote stehenden Mitteln der Chirurgie und Medicin zu Felde gezogen. Man begnügte sich nicht nur damit, alle erkrankten Stellen sorgfältig auszukratzen, sondern traf auch jedes in scheinbar gesundem Gewebe sitzende Lupusknötchen mit dem Paquelin. Nach Entfernung alles Erkrankten wurden noch Aetzmittel wie Salpetersäure und Chlorzink aufgestrichen, um jedem Recidiv vorzubeugen.

Die vereiterten und verkästen Lymphdrüsen wurden, wenn immer die Patienten von der Nothwendigkeit sich überzeugen liessen, durch Incision geöffnet und ordentlich mit dem scharfen Löffel ausgeschabt, dann wurde ein Tampon von Jodoformgaze eingelegt und ein fester Verband gemacht. Grössere Operationen, bei denen eine grössere Zahl von Drüsen zu entfernen waren, wurden meistenteils in der Klinik selbst ausgeführt.

Auch die beiden tuberculösen Sehnenscheidenentzündungen wurden klinisch behandelt. Bei der Behandlung der Erkrankungen der Knochen und Gelenke verfuhr man im Allgemeinen nach folgenden Gesichtspunkten. Vor allem wurde auf eine Verbesserung

des allgemeinen Körperzustandes der Patienten hingearbeitet und möglichst kräftige Kost und möglichst viel Aufenthalt im Freien oder wenigstens in guter gesunder Luft angerathen. Die Kinder durften täglich nur 1 oder 2 Stunden die Schule besuchen und sonst, wenn irgend möglich, sich im Freien aufhalten. Armen Eltern die ihre Kinder nicht beaufsichtigen konnten, wurde angerathen, wenn dieselben noch kleiner waren, sie in einem Sandhaufen zu stecken und ruhig spielen zu lassen. Auch wurde auf möglichste Reinhaltung gehalten und, wenn es ging, auch Sool- und Bäder mit Seesalz verordnet. Es wurden auch öfters, aber ohne wesentlichen Erfolg Arsenpraeparate gegeben, besser erwiesen sich Jodpraeparate besonders Jodeisen.

Bei der Lokalbehandlung wurde bei Kindern meist conversativ verfahren.

Bei der so sehr häufigen Spondylitis wurde vollständige Ruhelage, zunächst Rückenlage im Bette angeordnet, dann bei Spondylitis cervicalis die *Glisson*sche Schwebe, bei Spondylitis thoracica aber ein abnehmbares Gypscorsett nach *Sayre* angefertigt.

Bei den Gelenkerkrankungen verfuhr man hauptsächlich nach diesem Sinne, dass man das Gelenk völlig ruhig stellte, jede Bewegung der Gelenkenden gegeneinander auszuschliessen suchte und die fehlerhafte Stellung entweder durch das Redressement forcé oder durch langsameres Vorgehen beseitigte. Zur Fixation bediente man sich je nach den verschiedenen Gelenken teils der permanenten Extension, teils aber auch circulärer Gypsverbände. Waren Senkungsabscesse vorhanden so wurden dieselben unter anti-

septischen Kautelien eröffnet oder durch Punktion mit einem grossen Troicart entleert und dann Jodoformglycerin, Jodoform 1.0 Glycerin 10.0 eingespritzt. Die Erfolge bei dieser Behandlung waren gute, doch befinden sich noch mehrere Patienten unter Beobachtung.

Die tuberculösen Erkrankungen der grossen Röhrenknochen mussten meistenteils klinisch behandelt werden. Die Erkrankungen an den kleinen Röhrenknochen der Hand und des Fusses, die sogen. Spina ventosa, wurde in einigen Fällen durch Auskratzen mit dem scharfen Löffel zur Heilung gebracht.

Die tuberculösen Erkrankungen des Hodens und Nebenhodens wurden sämmtlich in die Klinik zur operativen Behandlung aufgenommen.

B) II. Syphilis und Gonorrhoe.

Die Zahl der in der Poliklinik beobachteten Fälle von Lues ist eine verhältnissmässig sehr kleine; im ganzen nur etwa $1^1/_2\ ^0/_0$ sämmtlicher hier behandelter Patienten, ebenso spärlich sind auch die Formen, in welchen diese sonst so häufige Krankheit hier auftrat.

Uebersicht:	1887	1888
1) Rhinitis syphilitic.	1	3
2) Angina syphil.	1	—
3) Condyl. lata	1	5
4) Allgemeine Lues	5	16
5) Lues congenita	1	1
Summa	9	25

1) Gonorrhoe	1	4
2) Orchitis genorrh.	—	2
3) Bubo inguinal. nach Gonorrhoe	6	12
Summa	7	18

Ueber die Behandlungsweise kann ich mich sehr kurz fassen. Die meisten Patienten mit Lues wurden der syphilitischen Abteilung des Juliusspitals zugewiesen. Die anderen Patienten wurden nach den allgemeinen Regeln teils durch Injectionen in die Harnröhre, teils aber durch Incision der vereiterten Drüsen oder durch Punktion derselben mit dem Troicart geheilt.

E) Congenitale und erworbene Missbildungen, Defecte und Verkrümmungen.

I. Verkrümmungen der Wirbelsäule und Knochen.

Auch auf dem Gebiete der Orthopädie entfaltete die chirurgische Poliklinik ihre Thätigkeit. Leider machte sich aber hier noch mehr wie bei der Behandlung anderer Krankheiten der leidige Kostenpunkt in unliebsamer Weise bemerkbar, so dass oft bei ärmeren Leuten von einer vielleicht viel aussichtsvolleren Therapie Abstand genommen werden musste, weil dieselben die nötige Geldsumme für Anschaffung der Apparate nicht aufzubringen vermochten. Wie wir schon oben gesehen haben, stellten sich die Kosten für ein einfaches Gyps- oder Wasserglas-Corsett bereits so teuer, dass eine Beisteuer von den Patienten verlangt werden musste, um wie viel mehr erst bei den kostspieligen Maschinen zum Gradhalten etc.

Leider war es auch bis jetzt nicht möglich, die Poliklinik mit einigen Turngeräthen auszustatten, welche sich bei der Behandlung der Scoliotischen nach Berichten aus andern Anstalten ausserordent-

lich nützlich erwiesen. Die hiesige Poliklinik muss sich also bemühen, die denkbar einfachsten und billigsten Mittel zur Behandlung anzuwenden, und doch sind die Erfolge im ganzen sehr befriedigende.

Im Ganzen wurden im Jahre 1887 39 Personen, im Jahre 1888 104 Personen wegen angeborener oder erworbener Verkrümmungen der Knochen in hiesiger Poliklinik behandelt. Am zahlreichsten vertreten waren die Fälle von Verkrümmungen der Wirbelsäule, (ausgenommen die tuberculosen Wirbelerkrankungen, welche schon oben behandelt wurden) und unter diesen wieder die seitlichen Verkrümmungen, die Scoliosen. Bei letzteren unterscheiden wir am besten streng 2 Gruppen, die eine auf rhachitischer Basis beruhend, die andern hervorgerufen durch ungleiche einseitige Belastung und dadurch bewirkten Rotationsveränderungen in der Stellung der Wirbelkörper zueinander die sog. habituellen Verkrümmungen. Letztere sind ungleich zahlreicher. Rhachitische Verkrümmungen der Wirbelsäule wurden nur in 25 Fällen (9 + 14) Fällen beobachtet und zwar waren davon 9 Kyphosen resp. Kyphoscoliosen und 14 Scoliosen. Die Behandlung dieser Erkrankungen richteten sich vor allem gegen die Rhachitis selbst und bestand in roborirnder Kost, Bädern, kalten Abreibungen und Darreichung von Phosphor, Leberthran etc.

Auch wurden die Angehörigen angewiesen, die Kinder nicht herumzutragen oder aufrecht sitzen zu lassen, sondern sie in horizontaler Lage auf feste Matratzen zu lagern. Auch wurde die *Rauchfuss*'sche Schwebe in einigen Fällen empfohlen.

Habituelle Skoliosen kamen in 30 Fällen zur Beobachtung und zwar 1887: 8 und 1888: 22 Fälle. Wie bekannt neigt besonders das weibliche Geschlecht in der Jugend vermöge seines gracileren Knochenbaues, sowie der schwächern Entwicklung der Muskulatur gerade zu diesem Leiden, und so finden wir auch hier nur 4 männliche, dagegen 26 weibliche Personen, davon 11 unter 10 Jahren, 19 über 10 Jahre alt in dem poliklinischen Journal unter dieser Diagnose verzeichnet.

Bei der Würdigung der einzelnen Fälle unterscheidet man 3 Stadien, je nach denen auch die Behandlungsweise verschiedentlich angeordnet wird.

Das erste primäre Stadium macht sich klinisch dadurch geltend, dass die freie Beweglichkeit etwas abgenommen hat. Bei nachlässigem Sitzen zeigen sich grössere Differenzen und Asymmetrien, welche aber sofort verschwinden, wenn das Kind aufgefordert wird, sich gerade aufzurichten; die einfache schlechte Haltung.

Als zweites Stadium wird dieses bezeichnet, wenn die schlechte Haltung eine dauernde geworden ist, wenn also genannte Difformitäten sich bei der Reduction zum Teile nicht ausgleichen.

Im 3. Stadium ist die Asymmetrie resp. die Verkrümmung eine fixe geworden und bleibt bei jeder Stellung und Haltung des Körpers vollständig fühl- und sichtbar.

Am häufigsten kommt die primäre R. convexe Dorsalskoliose der Brustwirbelsäule in Behandlung, welche sich durch ein starkes Hervorragen der Rippenwinkel, der Ausbildung eines Buckels kenn-

zeichnet. Das Schulterblatt der Convexität stellt sich mehr sagittal, das der Concavität mehr frontal, und die Spitze des Schulterblattes der Convexität entfernt sich etwas von der Wirbelsäule, die sogen. hohe Schulter.

Die Therapie der habituellen Skoliose hat ihren Schwerpunkt in der Prophylaxe. Bei ausgebildeten Skoliosen muss man froh sein, wenn man durch immerwährende Uebung die Krankheit während des Wachstums an der Weiterentwicklung hindern kann In den ersten beiden Stadien sucht man möglichst die Rückenmuskulatur zu stärken durch häufiges methodisches Turnen. Sehr gute Erfolge hat man in der hiesigen Poliklinik bei einigen jüngeren Kindern durch streng durchgeführte Massage, klopfende und streichende Bewegungen längs der Rückenmuskulatur beobachtet.

So lange die Verkrümmung nicht fix geworden war, wurde nie ein Gypscorsett angelegt. Im 3. Stadium dagegen bewährte sich dasselbe sehr gut, indem die Patienten sich sehr schnell daran gewöhnten und sich in denselben eines festeren Haltes erfreuten.

Das Genu valgum wurde nur relativ selten beobachtet und zwar kamen 4 Fälle von genu valg. rhachiticum bei Kindern von 2—6 Jahren und 7 Fälle von genu valg. staticum, meist Handwerkslehrlingen und jüngere Kaufleuten zur Behandlung. Die Therapie bestand bei den Kindern in Anlegung eines Gypsverbandes, in leicht flectirter Stellung, welcher alle 14 Tage gewechselt wurde, wobei dann das Bein immer mehr in die richtige Stellung gebracht wurde.

Bei dem Genu valg. staticum erwies sich öfters eine Operation nothwendig Die Patienten traten sodann in klinische Behandlung, wo in mehreren Fällen die supracondyläre Osteotomie nach *Mac. Ewen* ausgeführt wurde und dann die Nachbehandlung der Poliklinik zufiel. Die Erfolge waren nicht immer ganz zufriedenstellend.

Sehr zahlreich waren auch die Fälle von Stellungsanomalien im Fussgelenk und wurden hier fast alle bekannten Arten von Contracturen beobachtet.

Der congenitale Klumpfuss, pes varus congenitus, bei welchem die Veränderung wesentlich im Talotarsalgelenk liegt, indem die Supination besonders in den Vordergrund tritt und eine starke Zunahme der Adduction des Metatarsus gegenüber dem Tarsus sich zeigt, kam in 8 Fällen zur Behandlung, als Beispiel möchte ich folgenden Fall anführen.

Jahrgang 1888, J. N. 1974: Kaspar Göpfert, 7 Wochen. Der linke Fuss steht in ausgeprägter Supination und Adduction, so dass die planta pedis nach hinten resp. nach oben zu gerichtet ist. Winkel der Axe des Unterschenkels mit der des Fusses 90°. Unmittelbar über dem malleolus externus Haut schwielig verdickt. Zehen des Fusses stehen in Dorsalflexion. Der Winkel zwischen Vorder- und Hinterfuss beträgt 130°. Der rechte Fuss normal.

Bei der Behandlung wurde als Princip festgehalten, sofort einzugreifen, wenn man den Klumpfuss zu Gesicht bekam.

Die Behandlung in der ersten Kindheit bis etwa zu einem Alter von einem Jahre bestand in Heft-

pflasterverbänden, die täglich gewechselt wurden. Die Heftpflaster werden so angelegt, dass der erste, der auf den Tarsus wirken soll, an dem Malleolus internus beginnend, die Sohle kreuzt und an der Aussenseite des Unterschenkels endigt. Der zweite Streifen wirkt auf den Metatarsus und verläuft schräg über die Sohlenfläche des Metatarsus und geht spiralförmig zur Wade.

Sind die Kinder schon älter, so tritt an Stelle des Heftpflasterverbandes der Gypsverband, welcher dann meist alle 8 Tage gewechselt wird.

Die Tenotomie war bei hochgradigen Fällen mitunter notwendig. Als Nachbehandlung wurden dann Schuhe mit äusserer Stahlschiene empfohlen.

Im Gegensatz zu dieser arthrogenen Contractur wurde der Klumpfuss als Folge von Poliomyelitis anterior in 10 Fällen in den verschiedensten Abstufungen beobachtet. In den meisten Fällen gelang es durch die Tenotomie der Achillessehne und darauf angelegten Gypsverband eine bedeutende Verbesserung der Stellung herbeizuführen.

Der *Scarpasche* Schuh kann leider wegen des hohen Kostenpunctes trotz der günstigen Resultate welche in der besseren Praxis mit ihm erreicht werden, nur in Ausnahmefällen in der Poliklinik Anwendung finden; so finde ich auch hier nur einen Fall erwähnt. Mehrere hochgradige Fälle traten in klinische Behandlung über, woselbst auch bei einem Patienten (J. N. 1123 Jahrgang 1888) die Enucleation des Talus vorgenommen wurde. Die Erfolge waren bei dieser Behandlungsweise im Ganzen zufriedenstellende, nur ein Patient stellte sich nach $^1/_4$ Jahr mit einer Verschlimmerung vor.

Jahrgang 1888 J. N. 1123. Derselbe wurde mit einem neuen Gypsverband behandelt und später als gebessert entlassen.

Viel zahlreicher noch waren die Fälle von pes valgus und zwar wurde der pes valgus rhachiticus nur 3mal, der pes valgus staticus resp. planus dolorosus 44mal beobachtet.

Meist klagten die Patienten in letzterem Falle über leichte Ermüdung und Schmerzen beim Auftreten. Nur selten waren wirkliche Entzündungserscheinungen oder Schwellungen im Gelenk nachzuweisen. In fast allen Fällen liessen sich die drei bekannten Schmerzpunkte am ligament. calcaneonaviculare, an der Aussenseite des Taluskopfes und am Aussenrand des calcaneus nachweisen.

Die Behandlung bestand in dem Anfangsstadium in ruhiger Bettlage, wobei die Eigenschwere den Fuss mitunter in einigen Tagen in Supination zurückführte oder es wurde angeordnet, dass in den Stiefel an der inneren Seite entsprechend der normalen Fussstellung ein Stück Kork oder ein Lederstreifen eingelegt wurde.

War der Fall schon sehr hochgradig, dann wurde unter Narkose der Fuss in die richtige Stellung, sogar noch etwas supinirt gebracht und durch einen Gypsverband fixirt. Bei der Behandlung des rhachitischen Plattfusses wurde das Hauptaugenmerk auf die Behandlung der Rhachitis selbst gerichtet und nur in einem Falle ein Stiefel mit innerer Stahlschiene verordnet.

Der eine Fall von Hallux valgus war nur von untergeordneter Bedeutung und wurde durch feuchte Umschläge und bequemes Schuhwerk bald geheilt.

Die übrigen Fälle von allgemeiner Rhachitis erforderten keine besonderen operativen Eingriffe und wurden rein diätetisch (s. oben) behandelt.

Uebersicht über die Verkrümmungen:

	1887	1888
Kyphosis rhachitica	3	6
Scoliosis rhachitica	6	8
Scoliosis statica	8	22
Genu valgum rhachit.	1	3
Genu valgum statium	2	5
Pes varus congenit.	3	5
Pes equino-varus paralyt.	3	7
Pes valgus rhachitic.	1	2
Pes valgus static.	5	39
Hallux valgus	—	1
Allgemeine Rhachitis	7	6
Summa	39	104

II. Angeborene und erworbene Missbildungen und Defekte.

	1887	1888
1) Hernia inguinalis	17	35
„ cruralis	1	5
„ umbilicalis	5	11
„ lineae albae	—	3
2) Hydrocele	7	6
3) Varicocele	1	—
4) Phimosis	4	12
5) Paraphimosis	—	2
6) Labet palat. fissum	2	2
7) Ankyloglossum	1	—
8) Hypospadie	—	1
9) Stat. pueril. genital.	—	1
10) Naevus pil. pigment.	—	1
11) Syndactylie	2	2
12) Ueberflüssige Finger und Zehen.	—	1
13) Chorda penis	—	1
14) Luxatio cox. congenit.	—	1
Summa	40	84

Die Zahl der in der hiesigen Poliklinik beobachteten Hernien und Hydrocelen ist eine verhältnissmässig sehr geringe. Ich musste daher davon Abstand nehmen aus einer Zusammenstellung der Fälle nach dem Alter der Patienten, Schlüsse auf das Vorkommen in den einzelnen Lebensperioden zu machen, zumal da die Patienten nicht zur Zeit die Entstehung des Bruches, sondern meist dann, wenn sie ein Bruchband verschrieben haben wollten, in der Poliklinik ein Attest oder dergleichen zu erhalten suchten.

Obige Zusammenstellung aber bestätigt das bekannte Ergebniss, dass die Leistenhernie weitaus am häufigsten vorkommt, sodann die Nabelhernie und zuletzt die Schenkelhernie und Hernia lineae albae. Nach dem Geschlechte neigen die Männer überwiegend zu Leistenhernien; hier von 52 Fällen 35 männl. und 17 weibl., die Weiber zu Schenkelhernien von 6 Fällen 5 weibl. und nur 1 männlich.

In der neueren Zeit hat man auch auf den Zusammenhang von Hernien, besonders Nabelbrüchen mit angeborenen Phimosen aufmerksam gemacht. Es wird dies damit erklärt, dass die Kinder mit angeborner Phimose beim Harnlassen Schmerzen haben, desshalb stark schreien uud dabei die Bauchmuskeln stark anspannen, so dass dadurch leicht die Eingeweide an den von Natur nachgiebigeren Stellen der Wandung herausgetrieben werden. Es finden sich auch im vorliegendem Journale mehrere solcher Fälle verzeichnet, von denen ich folgenden anführen will.

Jahrgang 1888, J. N. 2679: Sigmund Stumpf, $1^1/_2$ Jahr alt. Das Abdomen ist etwas aufgetrieben

und weich. Beim Schreien wölbt sich eine Schwulst vom Nabel bis zur Symphyse reichend und begrenzt von den auseinandergedrängten Musc. recti hervor. Der Nabel ist hervorgetrieben, der Nabelring geschlossen. Das Praeputium ist lang und so eng, dass es sich kaum soweit zurückstreichen lässt, dass man das Orificium externum zu sehen bekommt.

Die Hernien liessen sich in der Mehrzahl der Fälle leicht reponiren und wurde dann meist das Tragen eines Bruchbandes verordnet, welches unter Aufsicht des Arztes angelegt wurde. Eingeklemmte Brüche kamen nicht in Behandlung, ebenso wurde die Radicaloperation der Hernien in der Poliklinik nie ausgeführt.

Die Herniae umbilicales wurden reponirt und dann durch eine Pelotte und Heftpflasterstreifen zurückgehalten. Sobald sie mit einer Phimose verbunden waren, wurde immer die Operation dieses Fehlers vorangeschickt.

Die Hydrocelen, welche mit Ausnahme eines Falles von Hydrocele funiculispermat. alle H. Tunicae vaginalis waren, wurden bei Kindern in den ersten Lebensmonaten und Jahren rein exspectativ behandelt, da sich nicht selten Hydrocelen in dieser Zeit zurückzubilden pflegen, bei älteren Personen dagegen wurde meist die Punction und darauffolgende Jodinjection angewendet und hatte diese Behandlung meist guten und dauernden Erfolg.

Bei angeborenen Phimosen, bei denen wirklich eine grössere Störung beim Harnlassen durch das zu lange und zu enge Praeputium verursacht wurde, wurde immer die Operation empfohlen. Dieselbe

wurde in der Poliklinik nach *Roser* ausgeführt: Das zu lange Praeputium wurde schräg von unten vorn nach hinten oben durchschnitten, das zu enge Schleimhautblatt in Form eines V gespalten und die Verklebungen zwischen äusserem und innerem Schleimhautblatt mit der Sonde gelöst. Darauf Schleimhaut und Haut durch einige Nähte vereinigt.

Von sonstigen Missbildungen an den Geschlechtsteilen ist zu erwähnen je ein Fall von Hypospadie und Chorda penis.

Jahrgang 1888, J. N. 2445: 1. Johann Ruth, 13 Wochen. Penis kurz und zwar auf der untern Fläche kürzer als auf der oberen, daher nach unten gekrümmt. Das Praeputium fehlt auf der unteren Seite. Auf der untern Seite befindet sich eine Oeffnung aus der Urin entleert wird. Auf dem Gipfel der Glans ist eine kleine Einsenkung jedoch ohne Oeffnung. Die Oeffnung in der Urethra ist so eng, dass eine feine Sonde nur mit Mühe durchgeführt werden konnte.

Jahrgang 1888 J. N. 2202: 2) Georg Hüttner, 17 Jahre alt, aus Würzburg. Dicht hinter der Glans findet sich eine derartige Abknickung des Membrum, dass der vordere Teil gegen den hintern einen nach hinten offenen Winkel bildet. Narben sind nicht sichtbar.

Von den übrigen Missbildungen interessirt noch eine Syndactylie, welche in der Poliklinik selbst operirt wurde:

Jahrgang 1888: Otto Sohler, $1^1/_4$ Jahr alt, aus Würzburg. Stat. praes.: Der Daumen und Zeigefinger der linken Hand sind durch eine nach vorn verlängerte

Schwimmhaut, welche am Daumen bis zur Mitte des zweiten, am Zeigefinger bis zur Basis der 3. Phalanx reicht, fest verwachsen. Der Zeigefinger erhält dadurch starke Abductionsstellung, kann auch passiv nicht ganz in normale Stellung gebracht werden. Versucht man die normale Streckstellung herzustellen, so flectirt sich der Finger in den Interphalangealgelenken.

Operation vom 19. Oktober 1888: Es wird die *Didry*'sche Aufrichtung derart vorgenommen, dass das dorsale Blatt der Hautbrücke zwischen Daumen und Zeigefinger derart hufeisenförmig umschnitten wurde, dass die Basis am Zeigefinger, das volare Blatt aber derart, dass die Basis am Daumen erhalten bleibt. Darauf wurden die beiden Lappen von einander gespalten und der am Zeigefinger haftende Lappen volarwärts, der am Daumen dorsalwärts umgeklappt und durch Nähte mit dem gegenüberliegenden Wundrand vereinigt. Die Lappen sind so kurz, dass die Nähte in der grösseren Hälfte zwar eine Vereinigung ermöglichen, in der centralen aber die Wundfläche von Epidermis unbedeckt bleibt. Um den Winkel zwischen beiden Fingern mit Epidermis zu überkleiden, wird von der Dorsalseite der Hand zwischen 1 und 2 Metacarpus ein viereckiger Lappen nach *Langenbeck* umschnitten, von dem Untergrunde abpräparirt und über den Wundwinkel hinweg durch Nähte zu dem volaren Wundrand herangezogen. Zur Fixation dienen zur Vermeidung zu grosser Spannung nur 2 Nähte; darauf Verband in starker Abductionsstellung des Daumens und Adductionsstellung des Zeigefingers.

Am 24. Oktober 1888: Nach 5 Tagen also wurde der erste Verband gewechselt. Die Wundränder zeigten geringe Röthung. Einige Nähte wurden entfernt. Die Hautlappen heilten in der Stellung, in der sie fixirt waren, in der grössten Ausdehnung an. Nur der *Langenbeck*'sche Hautlappen, welcher am Wundrand 1 mm weit necrotisch geworden war, zog sich etwas zurück. Im Wundwinkel verklebten die benachbarten Flächen, wodurch das erreichte Resultat partiell wieder zunichte gemacht wurde. In Folge dessen wurden etwa am 11. November die Granulationen in dem Wundwinkel mit dem scharfen Löffel entfernt und mit dem Messer die Wunde zwischen die Köpfchen beider Metacarpi hinein erweitert. Darauf wird die Wundfläche in ihrer ganzen Ausdehnung mit Hautstückchen, die dem linken Oberschenkel entnommen sind, belegt. Antiseptischer Verband wird so angelegt, dass Daumen und Zeigefinger möglichst von einander entfernt sind.

Am 16. Nov.: Der Verband wird zum erstenmal wieder gewechselt. Die Hautläppchen sind bis in die Tiefe hinein angeheilt. Wunde sieht gut aus. Verband wird in der vorher angegebenen Weise erneuert; Heilung.

F) Zahnkranke.

Die Behandlung der Zahnkranken musste sich lediglich auf die Extraction cariöser Zähne beschränken, da das Plombiren etc. der Zähne natürlich den zahnärztlichen Instituten vorbehalten wurde. Es wurden im Ganzen 346 Zahnkranke in der Poliklinik behandelt.

G) Verschiedenes.

Unter dieser letzten Gruppe habe ich nun alle diejenigen Fälle zusammengefasst, die eigentlich nicht in den Rahmen einer chirurgischen Poliklinik gehören, die also entweder durch ein einmaliges Verschreiben eines Receptes oder dergleichen sich erledigen liessen, oder den anderen Polikliniken resp. Kliniken überwiesen werden mussten.

Am Schlusse dieser Abhandlung angelangt, bleibt mir noch die angenehme Pflicht zu erfüllen, dem Herrn Hofrat Prof. Dr. *Schönborn* für die Ueberweisung dieser Arbeit, sowie Herrn Assistenzarzt Dr. *Reichel* für die liebenswürdige Unterstützung meinen aufrichtigsten Dank auszusprechen.

BSB Bayerische StaatsBibliothek
MDZ Münchener DigitalisierungsZentrum Digitale Bibliothek

Stahn, Paul

Die Krankheitsbewegungen in der chirurgischen Poliklinik zu Würzburg vom 1. Januar 1887 bis 31. Dezember 1888

1889

Diss.med. 210-27/36
urn:nbn:de:bvb:12-bsb11593769-7